

Université de Montréal

**Efficacité d'un programme d'intervention auprès d'un
parent d'enfant ayant une déficience intellectuelle et une
anxiété de séparation**

par Gabrielle St-Onge

École de psychoéducation de l'Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences (M. Sc.)
en psychoéducation
option mémoire et stage

Octobre, 2019

© Gabrielle St-Onge, 2019

Résumé

Parmi les diagnostics de troubles anxieux auprès de la population ayant une déficience intellectuelle (DI), le trouble d'anxiété de séparation figure parmi les plus fréquents. Près de 30 à 50 % des personnes avec une déficience intellectuelle (DI) présentent également un trouble de santé mentale en comorbidité, dont les troubles anxieux. Sachant que la prévalence de la DI est de 1,0 % à 2,6 % de la population du Québec, il semble pertinent d'offrir des services adaptés à leurs besoins particuliers. Pourtant, la grande majorité des recherches portant sur des interventions pour réduire les symptômes anxieux auprès d'une population ayant un trouble neurodéveloppemental, tel que le trouble du spectre de l'autisme (TSA), exclut les participants ayant une DI. Pour répondre à ce besoin, ce projet de recherche visait à évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention auprès d'un parent d'un enfant âgé de 8 ans ayant une DI et un trouble d'anxiété de séparation. Dans le cadre d'un devis à cas unique de type AB, nous avons mesuré les comportements anxieux tout au long du programme d'intervention mis en place. Les résultats montrent que certains symptômes anxieux ont diminué suivant l'implantation par le parent de stratégies cognitivo-comportementales. D'autres études devront être effectuées afin d'explorer davantage l'efficacité de ce programme.

Mots-clés : déficience intellectuelle, anxiété de séparation, programme d'entraînement parental, thérapie cognitivo-comportementale, protocole à cas unique.

Abstract

Among the diagnoses of anxiety disorders in the population with intellectual disabilities (ID), separation anxiety disorder is the most common. About 30 to 50% of people with intellectual disabilities (ID) also have a comorbid mental health problem, including anxiety disorders. Knowing that the prevalence of the disease is from 1.0% to 2.6% of the population of Quebec, it seems relevant to offer services tailored to their specific needs. Yet, the vast majority of research has been done on interventions to reduce the symptoms of the population with a neurodevelopmental disorder, such as the autism spectrum disorder (ASD), excludes participants with an ID. To address this need, this research project was designed to evaluate the effectiveness of an intervention program with a parent of an 8-year-old child with ID and separation anxiety disorder. As part of a single-case AB type design, we measured anxiety behaviors throughout the intervention program set up. The results show that some anxiety symptoms have decreased following the parent's implementation of cognitive-behavioral strategies. Other studies should be done to explore the effectiveness of the program.

Keywords: Intellectual disabilities, separation anxiety disorder, parent training program, , cognitive-behavioral therapy, single-subject design.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des sigles.....	viii
Remerciements.....	ix
Contexte théorique.....	1
Déficiência intellectuelle et prévalence	1
Comorbidités.....	1
Trouble anxieux : anxiété de séparation	2
Manifestations et impacts.	3
Trajectoire développementale et modèle explicatif.	5
Facteurs de risque et de protection.....	6
Programmes d'intervention.....	8
Troubles anxieux en général.	8
Trouble d'anxiété de séparation.....	9
Modalités des programmes d'intervention.....	10
Implication parentale.	10
Modifications des programmes d'intervention existants.	12
État de la littérature.....	13
Programmes d'intervention auprès de la population ayant une DI avec ou sans TSA.....	13
Objectif et question de recherche.....	15
Méthode	15
Participants.....	15
Description de l'enfant participant.....	16
Programme d'intervention	17

Composantes.....	21
Devis de recherche.....	23
Procédure et collectes de données.....	25
Calepin d'observations quotidiennes.....	25
Instruments de mesure.....	28
Anxiété de séparation.....	28
Troubles neurodéveloppementaux.....	29
Mesures de fréquence et d'interférence.....	29
Temps de mesure.....	30
Analyse des données.....	31
Intégrité de traitement.....	32
Résultats.....	33
Calepins d'observations quotidiennes.....	33
Comportement : refus d'aller à l'école.....	35
Comportement : attendre dans l'auto.....	36
Comportement : Jouer seul.....	37
Comportement : Sollicitation du parent.....	39
Comportement : Aller à la toilette seul.....	40
Comportement : Réveiller le parent.....	41
Évaluation de la satisfaction du participant.....	45
Résultats des mesures standardisés.....	46
ADIS-P.....	46
SCARED-Version parent.....	47
Échelle d'anxiété pour enfants de SPENCE-Version parent.....	47
Discussion.....	49
Forces.....	52
Limites.....	54
Recherches futures.....	56
Portée clinique du projet de recherche.....	57
Conclusion.....	59

Références.....	60
Annexe I.....	71
Annexe II	72

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Intégrité de traitement du programme d'entraînement parental d'après la portion de contenu couvert.</i>	33
Tableau 2. <i>Moyennes des comportements liés à la séparation au niveau de base et lors de l'intervention selon les indicateurs de fréquence et du niveau d'interférence ainsi que l'inspection visuelle et le nombre de points sous les lignes de critères.</i>	34
Tableau 3. <i>Résultats obtenus par la mère au SCARED version parent lors du pré-test.</i>	47
Tableau 4. <i>Résultats obtenus par l'enseignante à l'Échelle d'anxiété pour enfants de SPENCE version parent lors du pré-test et du post-test.</i>	49
Tableau 5. <i>Calepin d'observations quotidiennes de l'anxiété.</i>	72

Liste des figures

Figure 1. Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement de « refuser d'aller à l'école et d'être séparé du parent ».	35
Figure 2. Moyennes des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement de « veut attendre dans l'auto le matin à l'école ».	37
Figure 3. Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « a refusé d'aller jouer seul à un jeu ».	38
Figure 4. Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « a sollicité la présence du parent durant le jeu ».	40
Figure 5. Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « a refusé d'aller à la toilette seul ».	41
Figure 6. Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « à réveiller ses parents durant la nuit ».	42
Figure 7. Moyenne des fréquences par jour de tous les comportements contenus dans le calepin d'observations quotidiennes de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention.	43
Figure 8. Niveau d'interférence de tous les comportements contenus dans le calepin d'observations quotidiennes de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention.	44
Figure 9. Modèle transactionnel de Vasey et Dadds, 2001.	71

Liste des sigles

DI : Déficience intellectuelle

TAS : Trouble d'anxiété de séparation

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

Remerciements

Tout d’abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche Lyse Turgeon pour son soutien et son expertise dans la réalisation de mon mémoire. Ton écoute et ta capacité à être rassurante m’ont permis d’avancer tout au long de mon projet et m’ont mis en confiance quant à ma capacité à atteindre mes buts. Merci pour ta collaboration et ta compréhension.

Un grand merci aussi à mon codirecteur, Marc Lanovaz, pour ses précieux conseils et ses compétences hors pair dans le domaine de la recherche en DI-TSA. Ton expertise a été utile et inspirante. Je te remercie aussi pour les opportunités d’apprentissage que tu m’as offertes tout au long de ce parcours de maîtrise.

Un merci sincère à mon conjoint Félicien pour son soutien tout au long du processus de création, de recrutement et de rédaction du mémoire. Ton soutien inconditionnel, ton écoute et tes encouragements au quotidien m’ont certainement aidé à atteindre mes objectifs. Tu as su rendre les moments plus difficiles agréables et surmontables. Merci pour tous ces petits gestes qui ont fait une différence énorme dans ma vie au cours de ces années de maîtrise.

Un immense merci à mes parents et ma famille pour votre accompagnement constant et la confiance que vous avez portés en moi durant tout mon parcours universitaire ainsi qu’à la maîtrise. Vos encouragements et votre intérêt envers chaque étape de la réalisation de mon projet de recherche ont favorisé ma motivation et mon investissement dans ce projet. Vous avez rendu ce projet réaliste, mais également important dans mon parcours pour devenir psychoéducatrice.

Finalement, un merci tout spécial à la famille participante qui, sans elle, ce projet n’aurait pas pu voir le jour. Votre dévouement dans la réalisation du programme et votre ouverture face au projet ont été très appréciés.

Contexte théorique

Déficiência intellectuelle et prévalence

La déficiencia intellectuelle (DI) et le trouble du spectre de l'autisme figurent parmi les diagnostics de troubles neurodéveloppementaux. Selon la cinquième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), la DI est caractérisée par des déficits du fonctionnement intellectuel et du fonctionnement adaptatif aux plans conceptuel, social et pratique apparaissant lors de la période développementale. La DI comporte une échelle de gravité (légère, modérée, grave ou profonde) selon le quotient intellectuel et les capacités adaptatives de la personne (APA, 2013). Une proportion importante de personnes ayant une DI présentent aussi un trouble du spectre de l'autisme (Matson et Shoemaker, 2009). Dans le cadre de cette étude, la population cible sera les enfants ayant une DI, et ce, peu importe, s'ils présentent ou non un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

La prévalence de la DI se situe entre 1,0 % et 2,6 % de la population générale (APA, 2013 ; Emerson, 2003). Les statistiques pour le Québec sont difficiles à obtenir et c'est pour cette raison que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2016) utilise la même prévalence que celle du DSM-5, soit 1 % de la population. D'après cette statistique, en 2014, près de 82 000 personnes présentaient un diagnostic de DI (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2016). La prévalence de ce trouble neurodéveloppemental indique l'importance d'intervenir auprès de cette population afin d'améliorer leur qualité de vie et de parvenir à répondre à leurs besoins particuliers.

Comorbidités

Dans une revue systématique, Einfeld, Ellis et Emerson (2011) rapportent qu'entre 30 % et 50 % des personnes ayant une DI présentent également un diagnostic de trouble de santé

mentale. Le trouble anxieux est diagnostiqué chez 5 % à 22 % des personnes présentant une DI, ce qui représente une prévalence similaire à celle de la population neurotypique (Einfeld *et al.*, 2011 ; Emerson, 2003 ; Green, Berkovits et Baker, 2015 ; Senécal, Paquet et Rivard, 2011 ; Reardon, Gray et Melvin, 2014). La majorité des personnes présentant un trouble neurodéveloppemental, dont la DI, présentent au moins un trouble de santé mentale en comorbidité qui affecte grandement le fonctionnement quotidien. Entre autres, les diagnostics les plus fréquents sont les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la schizophrénie et les troubles de comportements incluant le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et le trouble oppositionnel (Leyfer *et al.*, 2006 ; Matson et Schoemaker, 2009). Les troubles anxieux figurent parmi les diagnostics les plus fréquents chez la population ayant un trouble neurodéveloppemental incluant la DI. La prévalence du trouble d'anxiété de séparation chez les personnes ayant une DI est de 0,5 à 3,0 %, représentant le trouble anxieux le plus important auprès de cette population (Green *et al.*, 2015). Sachant que cette population souffre fortement d'autres troubles comorbides, il semble primordial de créer et d'évaluer l'efficacité des programmes d'intervention ciblant des problèmes particuliers pour ces personnes.

Trouble anxieux : anxiété de séparation

Les troubles anxieux figurent parmi les troubles comorbides chez les personnes ayant une DI. De manière générale, ces troubles se manifestent par des difficultés aux plans cognitif, affectif, comportemental et physiologique (Moskowitz, Walsh, Mulder, McLaughlin, Hajcak, Carr et Zarcone, 2017). Le DSM-5 définit les troubles anxieux par des peurs ou des inquiétudes excessives se manifestant par des difficultés comportementales (APA, 2013). Le présent projet

de recherche portera exclusivement sur le trouble d'anxiété de séparation (TAS) qui s'exprime généralement entre 6 ans et 9 ans (MacNeil, Lopes et Minnes, 2009). La cinquième édition du DSM définit le TAS par une anxiété excessive et inadaptée au stade du développement lors de la séparation avec la figure d'attachement (APA, 2013). La peur qu'un danger survienne peut être dirigée vers soi ou vers la figure d'attachement (Eisen et Schaefer, 2005). Représentant près de 50 % des références en santé mentale, le TAS est le trouble anxieux le plus diagnostiqué chez les enfants (Ehrenreich, Santucci et Weiner, 2008).

Manifestations et impacts. L'anxiété de séparation chez les personnes neurotypiques peut se manifester par des crises et des comportements oppositionnels (p. ex. : pleurs, cris, colère, menace) de la part de l'enfant ainsi que par l'apparition de symptômes psychosomatiques tels que des maux de ventre, des maux de tête et des difficultés de sommeil (Eisen et Schaefer, 2005 ; Ehrenreich *et al.*, 2008). D'un autre côté, l'anxiété, de manière générale, chez les personnes ayant une DI avec ou sans trouble du spectre de l'autisme se manifeste principalement par des comportements problématiques, c'est-à-dire des manifestations extériorisées de l'évitement (Moskowitz *et al.*, 2017 ; White, Oswald, Ollendick et Scahill 2009).

Bien qu'il n'existe pas encore de définition universelle, les comportements problématiques peuvent représenter, entre autres choses, des agressions envers autrui, de l'automutilation et des comportements de destruction (Tassé, Garcin, Sabourin et Lecavalier, 2010). Tassé, Garcin, Sabourin et Lecavalier (2010) définissent les comportements problématiques comme suit : « action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique ». Les manifestations de comportements problématiques répondent généralement à l'une des quatre fonctions suivantes : l'attention, une

fonction nonsociale, l'évitement et pour obtenir quelque chose de tangible (Matson, Kozlowski, Worley, Shoemaker, Sipes et Horovitz, 2011). Un lien peut être établi entre les manifestations de comportements problématiques et l'anxiété sachant que l'évitement est la stratégie inadaptée utilisée par les personnes souffrant d'anxiété. Certains auteurs émettent l'hypothèse que l'anxiété rend l'individu plus vulnérable, ce qui favorise, d'une certaine manière, l'expression de comportements problématiques (Moskowitz, Mulder, Walsh, McLaughlin, Zarcone, Proudfit, et Carr, 2013). D'autres études ont démontré un lien entre les comportements problématiques des personnes ayant une DI et l'anxiété (Pruijssers, Mijel, Maaskant, Nijssen et Achterberg, 2014). De même, des études portant sur la réduction de l'anxiété chez certaines personnes ayant un trouble neurodéveloppemental ont permis d'observer une baisse de comportements problématiques (Moskowitz *et al.*, 2013).

Le lien entre l'anxiété et les comportements problématiques, bien qu'il semble exister, n'est pas encore clairement défini. Les symptômes anxieux engendrent des difficultés supplémentaires à l'adaptation des personnes ayant une DI. Notamment, la présence d'un trouble d'anxiété de séparation peut nuire aux relations avec les pairs, favoriser l'évitement de certaines situations sociales, exacerber les comportements oppositionnels nuisant possiblement au fonctionnement familial, engendrer davantage de déficits sur le plan des habiletés sociales et augmenter le refus scolaire pouvant affecter les performances scolaires (Ehrenreich *et al.*, 2008 ; Wright, 2013). L'isolement et l'évitement de situations sociales, telles que des activités avec des amis ou le refus d'aller à l'école, peuvent limiter le développement des comportements sociaux et favoriser l'isolement social (Ehrenreich *et al.*, 2008). Sachant que la présence d'un trouble anxieux amène des défis supplémentaires qui s'ajoutent aux déficits liés au diagnostic de DI et compte tenu du lien entre l'anxiété et les comportements problématiques, il est

primordial de développer des programmes d'intervention efficaces pour la réduction des symptômes anxieux chez cette population (Einfeld *et al.*, 2011).

Trajectoire développementale et modèle explicatif. Les troubles neurodéveloppementaux, tels que la DI et le trouble du spectre de l'autisme, perdurent au cours de la vie et engendrent des difficultés sur plusieurs sphères au quotidien. Néanmoins, une diminution des manifestations problématiques liées à ces troubles est possible lorsque des interventions spécifiques sont mises en place (Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas et Baird, 2008). Les troubles anxieux, en absence d'intervention, peuvent s'aggraver et engendrer de nouvelles difficultés. De même, l'anxiété de séparation à l'enfance peut favoriser le développement d'autres troubles anxieux et la dépression (Ehrenreich *et al.*, 2008).

Vasey et Dadds (2001) ont développé le modèle transactionnel découlant de l'approche de psychopathologie développementale afin d'expliquer l'émergence et l'aggravation des troubles anxieux (annexe I). Ce modèle permet d'avoir un portrait global des influences sur le développement, le maintien ou l'amélioration d'un trouble anxieux. Intégrées dans ce modèle, les relations dynamiques entre les facteurs de risque et de protection augmentent ou diminuent la probabilité de développer un trouble anxieux. D'après ce modèle explicatif, il est nécessaire de présenter au moins un facteur de risque pour développer un trouble anxieux. Deux voies d'apparition d'un trouble anxieux sont possibles selon Vasey et Dadds (2001) soit : l'intensification des symptômes liés à l'anxiété en raison de relations transactionnelles entre les différents facteurs de risques ou la présence de facteurs précipitants. Le modèle transactionnel inclut des facteurs de maintien et des facteurs favorisant l'amélioration, tels que des

caractéristiques de l'enfant ou de son environnement qui améliorent ou aggravent le développement du trouble anxieux.

Facteurs de risque et de protection. Trois grandes catégories de facteurs ont été identifiées soit : individuels, familiaux et environnementaux. Parmi les facteurs individuels se trouvent les facteurs génétiques, tels que la présence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents augmentant le risque de développer un trouble anxieux (Rapee, Schniering et Hudson, 2009). L'influence génétique représente 47 % de la variance des symptômes du TAS (Feigon, Waldman, Levy et Hay, 2001). Les facteurs neurobiologiques représentent une certaine vulnérabilité individuelle à l'anxiété. Le tempérament inhibé, représentant un facteur individuel, joue un rôle important dans le développement d'un trouble anxieux tandis qu'un tempérament non inhibé représente un facteur de protection (Eisen et Schaefer, 2005 ; Rapee *et al.*, 2009 ; Vasey et Dadds, 2001). Toujours sur le plan individuel, la présence de distorsions cognitives et d'une mauvaise régulation des émotions peut exacerber le développement de l'anxiété tandis qu'une bonne gestion des émotions et des stratégies de coping efficaces peut agir à titre de facteurs de protection (Vasey et Dadds, 2001).

Les facteurs familiaux incluent les réponses parentales, adaptées ou inadaptées, les comportements parentaux et la psychopathologie des parents. Ces éléments peuvent constituer des facteurs de risque ou de protection. Les facteurs ayant le plus d'influence sur le TAS sont les comportements parentaux, soit la surprotection, les comportements d'intrusion et la présence d'un trouble anxieux chez l'un des parents (Ehrenreich *et al.*, 2008 ; Turgeon *et al.*, 2012). En lien avec les comportements parentaux et leur influence sur le développement de l'anxiété de séparation, la surprotection et le manque de chaleur lors des interactions représentent des facteurs de risque pour le développement du TAS (Ehrenreich *et al.*, 2008). Par exemple, les

comportements de surprotection représentent un facteur de risque pour le développement de l'anxiété de séparation (Turgeon, Mayer-Brien et Brousseau, 2012). La surprotection parentale peut nuire au développement de l'autonomie de l'enfant, mais également à son sentiment d'auto-efficacité (Ehrenreich *et al.*, 2008). Ainsi, lorsqu'il est confronté à une situation nouvelle et potentiellement anxiogène, l'enfant ne parvient pas à l'affronter puisqu'il ne se sent pas suffisamment compétent pour le faire (Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu et Sigman, 2006). La surprotection parentale est caractérisée par des parents qui ne permettent pas à l'enfant d'exercer son autonomie autant sur le plan des tâches (p. ex. : habillage, routine), des décisions ainsi que sur le plan de la régulation des émotions. Ces comportements parentaux favorisent la dépendance de l'enfant envers son parent ainsi que le sentiment d'impuissance face à la réalisation des tâches quotidiennes, engendrant le développement et le maintien du TAS (Ehrenreich *et al.*, 2008 ; Wood *et al.*, 2006). D'après Mofrad, Abdullah et Samah (2009), les attitudes de surprotection parentale sont associées significativement avec les symptômes du TAS. Les chercheurs expliquent ce lien par le fait que la surprotection excessive nuit au développement du sentiment de contrôle et au sentiment d'auto-efficacité chez l'enfant et que ces éléments représentent des facteurs de risque pour l'anxiété. Ainsi, l'enfant vivant avec des parents surprotecteurs apprend à devenir vulnérable et dépendant de l'adulte (Mofrad *et al.*, 2009).

Les facteurs de risque environnementaux représentent généralement des événements de vies vécus par l'enfant, par exemple une séparation en raison d'une hospitalisation (Rapee *et al.*, 2009). La relation d'attachement est aussi un élément important à considérer dans le développement de l'anxiété, principalement en ce qui a trait au type insécurisant, en raison de la peur excessive de l'enfant de perdre son parent dans le TAS (Eisen et Schaefer, 2005 ;

Ehrenreich *et al.*, 2008). Dans la population générale, on retrouve quatre types d'attachement, dont ceux de types insécurisants qui peuvent jouer un rôle négatif chez les enfants qui présentent un trouble d'anxiété de séparation (Turgeon *et al.*, 2012). De par les expériences de vie difficiles que peut vivre une famille ayant un enfant avec une DI, l'attachement envers la figure de base peut être ardu et peut rendre cette population vulnérable (Shackleton, 2016). Par exemple, le deuil de l'enfant « normal » pour le parent à la suite de l'annonce du diagnostic de DI ou les multiples rencontres avec des spécialistes et des intervenants peuvent avoir un impact néfaste sur le développement de l'attachement (Shackleton, 2016 ; Fletcher, 2016). Un attachement de type insécurisant peut représenter un facteur de risque pour le développement d'un TAS puisque certains enfants deviennent dépendants de leurs parents et méfiants de leur environnement (Mofrad *et al.*, 2009). Cette insécurité envers les relations et l'environnement accentue le sentiment de l'enfant de n'avoir aucun contrôle et diminue sa capacité à réguler ses émotions de manière autonome (Mofrad *et al.*, 2009). Les styles d'attachement insécurisant de type désorganisé et anxieux-ambivalent semblent être respectivement liés au développement de l'anxiété chez les enfants. L'attachement désorganisé est marqué par la perception que le monde est incontrôlable et imprévisible tandis que l'attachement anxieux-ambivalent amène des lacunes sur le plan de l'autonomie et engendre un faible sentiment de compétence à affronter la nouveauté (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006). Enfin, il semble évident que l'implication des parents au sein des interventions pour réduire les symptômes du TAS soit nécessaire.

Programmes d'intervention

Troubles anxieux en général. Connaissant les difficultés associées à la présence d'un trouble anxieux, des programmes d'intervention ont été créés et évalués auprès d'enfants

souffrant de divers troubles anxieux afin de réduire les symptômes envahissants et le dysfonctionnement quotidien. Parmi les approches préconisées dans le domaine de l'intervention en anxiété, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'une des plus soutenues empiriquement et s'est avérée efficace auprès d'adultes, d'enfants et de familles dans la réduction de l'anxiété (Kendall *et al.*, 2008 ; Ollendick et King, 2004 ; Reynolds, Wilson, Austin et Hooper, 2012 ; Silverman *et al.*, 1999). La TCC en anxiété combine l'approche comportementale et cognitive en ayant comme but d'outiller la personne en lui enseignant de multiples stratégies afin de réduire les symptômes anxieux. La relaxation musculaire, l'apprentissage de techniques de coping, la résolution de problèmes, le renforcement contingent, le modelage, la gestion des émotions, la modification du discours interne, l'auto-évaluation et l'utilisation de récompenses représentent les principales composantes d'une TCC (Kendall, Chu, Pimentel et Choudhury, 2000). Parmi ces éléments, l'exposition *in vivo* graduée représente l'élément fondamental du traitement en raison de l'utilisation de l'évitement comme stratégie inadaptée (Hagopian et Jennett, 2008 ; Moskowitz *et al.*, 2017).

Trouble d'anxiété de séparation. Cartwright- Hatton *et al.* (2004) ont effectué une revue systématique d'études randomisées avec groupe contrôle et les résultats montrent que les personnes ayant reçu une TCC obtiennent de meilleurs résultats que les groupes contrôles sans traitement. Dans le traitement du TAS, Pincus, Santucci, Ehrenreich, et Eyberg (2008) ont évalué la version adaptée d'un programme de TCC, soit le *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) auprès d'enfants souffrant de TAS et les résultats étaient prometteurs lors de l'évaluation des études pilotes. Les enfants du volet PCIT ont obtenu une baisse significativement plus importante dans les symptômes du TAS en comparaison avec les enfants de la liste d'attente. Cette version du PCIT de Pincus *et al.*, (2008) inclut un volet du BDI (Bravery-directed

interaction) qui consiste à offrir de l'éducation aux parents concernant l'anxiété (étiologie, composantes de l'anxiété, facteurs de maintien) et sur les comportements à adopter pour diminuer l'anxiété de l'enfant, tels que le reflet des émotions, le renforcement et l'utilisation de récompenses. Similairement, Eisen, Raleigh et Neuboff (2008) ont implanté un programme de TCC auprès des parents d'enfant ayant un TAS et cinq enfants sur six ne présentaient plus de symptômes cliniques d'anxiété de séparation suite au traitement. L'implication du parent comme thérapeute auprès de l'enfant ainsi que l'apprentissage de comportements parentaux adaptés à des interactions chaleureuses et à des réponses appropriées sont des éléments d'intervention propres aux programmes d'intervention pour le TAS visant l'entraînement parental (Eisen *et al.*, 2008 ; Pincus *et al.*, 2008). D'après plusieurs études, l'implication des parents dans le processus semble primordiale d'autant plus que les pratiques parentales peuvent représenter un facteur de risque (surprotection, réassurance excessive) ou de protection (chaleur) selon les comportements qui sont adoptés (Ehrenreich *et al.*, 2008).

Modalités des programmes d'intervention

Implication parentale. L'implication parentale est essentielle dans le cas du traitement du TAS en raison de la possibilité de modifier les pratiques parentales qui constituent des facteurs de risque importants dans le développement de ce trouble anxieux (Turgeon, Mayer-Brien et Brousseau, 2012). Justement, à travers la TCC, il est possible d'enseigner aux parents à répondre de manière plus appropriée aux demandes de leur enfant, ce qui permet de réduire l'influence de ce facteur de risque (Pincus *et al.*, 2008). En ce sens, l'étude Cartwright-Hatton *et al.*, (2011) portant sur un programme d'intervention pour les parents a illustré qu'en modifiant les pratiques parentales (p. ex. : chaleur, calme, constance), près de 32 % des enfants du groupe

traitement ne présentaient plus un seuil clinique d'anxiété tandis que seulement 6 % des enfants du groupe contrôle avaient vu leur anxiété diminuer en deçà du seuil clinique. D'ailleurs, l'étude d'Eisen *et al.* (2008) a montré l'importance de l'implication parentale en obtenant des résultats prometteurs en intervenant uniquement auprès de parents d'enfants ayant un TAS. Effectivement, cinq des six enfants participant à l'étude ne présentent plus les critères pour le TAS suite à l'implantation du programme d'entraînement parental. Quant à eux, Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu et Sigman (2006) ont comparé les effets d'une TCC avec et sans volet familial ; les résultats montrent que les enfants du groupe avec l'intégration des parents obtiennent de meilleurs résultats. Le volet familial de cette étude consiste en un entraînement à la communication afin de développer un discours favorisant l'autonomie de l'enfant et limitant le comportement de surprotection. Diverses techniques sont enseignées aux parents dont : offrir des choix à l'enfant dans sa prise de décision, laisser l'enfant expérimenter ses propres erreurs, identifier et accueillir les émotions de l'enfant et aider l'enfant à acquérir de nouvelles habiletés d'autonomie. Un changement dans les symptômes anxieux a été observé plus rapidement chez les enfants ayant participé au volet familial que chez ceux ayant participé à la TCC traditionnelle (Wood *et al.*, 2006). Dans le volet familial, 79 % des enfants ont obtenu des résultats sous le seuil clinique pour les symptômes du TAS en comparaison avec 21 % des enfants du groupe de TCC traditionnelle (Wood *et al.*, 2006). L'étude de Barrett, Dadds et Rapee (1996) a montré que 84 % des enfants ayant reçu une TCC incluant les parents ne répondent plus aux critères diagnostiques en comparaison à 57 % des enfants ayant pris part à une TCC sans parent. Toutefois, l'effet de l'implication parentale semble être plus important auprès des jeunes enfants âgés de 7 à 10 ans qu'à ceux âgés de 10 à 14 ans (Barrett *et al.*, 1996). L'inclusion des parents dans ce programme d'intervention consiste à effectuer des rencontres avec l'enfant

en présence du parent dans le but de faire une thérapie sur la gestion de l'anxiété au sein de la famille. Ces rencontres visent à encourager les parents et les enfants à travailler ensemble pour réduire l'anxiété (p. ex. : partager de l'information, s'unir, identification de renforçateurs familiaux). Les trois volets suivants sont abordés : la gestion des contingences par le renforcement des comportements, l'enseignement de stratégies pour la gestion émotionnelle des parents et l'entraînement aux habiletés de communication afin de favoriser une résolution de problème plus adéquate au sein de la famille. En offrant de l'éducation sur l'anxiété et sur les interventions à mettre en place avec l'enfant, les parents deviennent des intervenants de première ligne et peuvent donc soutenir le jeune dans sa démarche et dans l'atteinte de ses buts (Chalfant *et al.*, 2007 ; Tsai, 2006).

Modifications des programmes d'intervention existants. À notre connaissance, il n'existe aucun programme d'intervention pour l'anxiété qui s'adresse à la population présentant une DI. Pour remédier à cette lacune, des modifications doivent être apportées aux programmes d'intervention existants en raison des déficits liés au diagnostic de trouble neurodéveloppemental afin d'améliorer l'efficacité de la TCC pour cette population (Lang, Regester, Lauderdale, Ashbaugh et Haring, 2010). Les modifications au programme qui sont normalement suggérées visent surtout des éléments au niveau du langage, du développement cognitif et de la reconnaissance des émotions (Moskowitz *et al.*, 2017 ; Wood, Drahota, Sze, Har, Chiu et Langer, 2009). D'ailleurs, plusieurs études recommandent de simplifier le contenu des séances, d'augmenter la fréquence des interventions, d'utiliser davantage de repères visuels et concrets, d'adapter le langage afin de faciliter la compréhension et de faire de l'éducation sur les émotions (Senécal *et al.*, 2011 ; Wood *et al.*, 2009). Le présent projet consiste en l'implantation d'un programme d'entraînement parental pour le trouble d'anxiété de séparation

chez l'enfant. Étant donné que le programme évalué dans le cadre de ce projet de recherche consiste en un entraînement parental, les modifications au programme ont porté exclusivement sur des modalités liées au parent. Le but du programme d'intervention est de former le parent à intervenir adéquatement auprès de son enfant. L'implication parentale dans l'implantation de l'intervention se justifie par le fait que les parents peuvent favoriser la généralisation des acquis à la maison (Matson, Turygin, Beighley, Rieske, Tureck et Matson, 2012). Le programme dont il est question pour ce projet de recherche est le *Programme d'entraînement parental pour les parents d'enfants souffrant d'anxiété de séparation* (PEP-AS) (Mayer-Brien, 2014). Le choix des composantes du programme découle des fondements de la TCC, soit le fait qu'il faut intervenir sur les aspects affectifs, comportementaux et physiologiques de l'anxiété (Turgeon et Parent, 2012).

État de la littérature. Dans la majorité des études portant sur l'anxiété chez les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme, la présence d'une DI figure parmi les critères d'exclusion. À notre connaissance, très peu d'études abordant l'implantation de programmes spécifiques dans la réduction des symptômes anxieux ont été effectuées auprès d'une population d'enfants présentant une DI. Or, une DI constitue un facteur de vulnérabilité pour l'anxiété (van Steensel *et al.*, 2011).

Programmes d'intervention auprès de la population ayant une DI avec ou sans TSA

Tel qu'abordé, la TCC est l'intervention de prédilection pour les troubles anxieux chez la population neurotypique, mais elle s'est aussi avérée efficace auprès de plusieurs personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme sans DI. En fait, certains programmes ont été adaptés en fonction des déficits liés à ce diagnostic sans la présence d'une DI. Entre autres, McNally *et*

al. (2012) ont testé une version adaptée du programme *Coping Cat* auprès d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme sans DI âgés de 8 à 14 ans. Chez 60 % de ces jeunes, les symptômes ont atteint un seuil sous-clinique après l'intervention. Chalfant, Rapee et Carroll (2007) ont traité avec succès 71,4 % des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme sans DI suite à l'implantation d'un programme de TCC. Étant donné que les personnes ayant une DI présentent des caractéristiques communes avec le trouble du spectre de l'autisme, les résultats obtenus par ces programmes d'intervention s'adressant à cette population sont intéressants et encourageants. L'efficacité de ces programmes est d'autant plus importante considérant que des interventions spécialisées et adaptées pour le TAS chez la population ayant une DI avec ou sans un trouble du spectre de l'autisme permettraient de maximiser les résultats (Leyfer *et al.*, 2006 ; Reynolds *et al.*, 2012).

D'après la littérature auprès des personnes ayant une DI, les programmes comportementaux sont les mieux soutenus empiriquement. L'analyse appliquée du comportement (ABA) s'est montrée efficace à de multiples reprises dans la réduction des comportements problématiques et dans l'amélioration du fonctionnement intellectuel, verbal et social des enfants ayant un trouble neurodéveloppemental, tel que la DI (Lovaas, 1987 ; Virues-Ortega, 2010). L'ABA se définit comme une science qui découle du concept de conditionnement opérant de Skinner et fonde sa pratique sur la notion que le comportement peut être changé en modifiant l'environnement de la personne (Forget *et al.*, 2005 ; Fisher, Groff et Roane, 2011). En lien avec l'approche comportementale, certains chercheurs ont mis en place des protocoles à cas unique d'intervention comportementale qui se sont avérés efficaces dans la réduction de certains symptômes anxieux ou de troubles anxieux chez cette population (Davis, Kurtz, Gardner et Carman, 2007 ; Rapp, Vollmer et Hovanetz, 2005 ; Wright, 2013). Dans ces études,

les chercheurs ont utilisé la désensibilisation systématique, le renforcement, les hiérarchies d'exposition, le modelage de comportements, etc. À noter que ces techniques sont similaires à celles utilisées dans la TCC. Sachant qu'il n'existe pas réellement de programmes d'intervention pour les enfants avec une DI légère ou modérée, il semble pertinent d'évaluer l'efficacité d'interventions d'inspiration comportementale permettant de réduire l'anxiété chez cette population.

Objectif et question de recherche

Ce projet de recherche a visé à évaluer l'efficacité d'un programme de TCC dans la réduction des symptômes anxieux liés à un trouble d'anxiété de séparation (TAS) chez un enfant âgé entre 6 et 12 ans ayant une DI par l'intermédiaire d'une intervention auprès des parents. Plus précisément, ce projet a tenté de répondre à la question suivante : l'implantation du programme auprès des parents d'un enfant âgé de 6 à 12 ans, ayant une DI permet-elle de réduire les symptômes d'anxiété liés au TAS ?

Méthode

Participants

Le recrutement visait une famille ayant un enfant âgé de 6 à 12 ans présentant une DI légère ou modérée avec ou sans un trouble du spectre de l'autisme, en plus du trouble d'anxiété de séparation. En ce qui a trait aux critères d'exclusion, les enfants présentant une DI sévère ou profonde ont été exclus de l'étude en raison de leurs déficits cognitifs et langagiers plus importants pouvant nuire à l'implantation de certaines interventions de la part du parent dans le cadre du programme.

Pour être admissibles à l'étude, les enfants devaient répondre aux critères diagnostiques d'un trouble d'anxiété de séparation. Étant donné que le programme s'adressait exclusivement aux parents, ces derniers devaient être disponibles et aptes à effectuer toutes les tâches requises tout au long du projet de recherche. Les enfants ne devaient pas recevoir conjointement des interventions visant le traitement de l'anxiété dans le but de parvenir à évaluer l'effet unique du programme d'entraînement parental. Étant donné que les enfants qui reçoivent des services individuels peuvent être familiers à la séparation avec leurs parents, ils étaient écartés du processus de recrutement. Afin de recruter les familles, une affiche a été partagée à plusieurs reprises sur les réseaux sociaux de groupes de parents d'enfants ayant une DI et/ou un TSA et d'associations pour la DI au Québec. Les pages qui ont été sollicitées sont les suivantes : l'Association lavalloise pour la DI et le TSA ; J'appuie la déficience intellectuelle ; les Parents pour la DI, le Regroupement pour la trisomie 21 ; et la Société québécoise de la déficience intellectuelle. La famille participante a communiqué avec l'étudiante suite à une publication de l'affiche sur l'un des groupes de parents. Lors d'une première communication téléphonique, l'étudiante s'est assurée du respect des critères d'inclusion et d'exclusion.

Description de l'enfant participant. Au début du programme, Mathieu (nom fictif) était âgé de 8 ans et 9 mois. Il vivait avec ses deux parents et sa sœur aînée de 10 ans. Au cours de son enfance, Mathieu a obtenu plusieurs diagnostics de troubles neurodéveloppementaux tels que la DI et le TDAH. La présence d'un TSA a été évoquée, mais aucun diagnostic formel n'a été posé. Il y a trois ans, Mathieu a débuté sa scolarité dans une école spécialisée pour une clientèle ayant une DI légère avec trouble de langage, de motricité et de concentration. Les séparations étaient très difficiles, principalement avec la mère, et pouvaient causer une grande détresse et une désorganisation importante chez Mathieu. Au cours des deux dernières années,

la mère de Mathieu devait le reconduire elle-même à l'école, étant donné qu'il refusait de prendre le transport adapté. Ce mode de fonctionnement a engendré plusieurs conséquences négatives telles que des retards systématiques le matin et un congé de durée indéterminée du travail pour la mère. En classe, Mathieu a bien progressé sur le plan des apprentissages et d'après son enseignante, il parvenait à bien respecter les consignes. À la maison, les comportements d'opposition de Mathieu se sont grandement intensifiés depuis les derniers mois, ce qui rendait le fonctionnement et le climat familial plus difficile. Le programme a été mis en œuvre du mois de décembre 2018 au mois d'avril 2019.

Programme d'intervention

Le programme d'intervention qui a été utilisé dans le cadre de ce projet de recherche est le *Programme d'entraînement parental pour les parents d'enfants souffrant d'anxiété de séparation* (PEP-AS) (Mayer-Brien, 2014). Initialement, le PEP-AS est un programme qui s'adressait à des enfants neurotypiques âgés de 4 à 7 ans souffrant d'anxiété de séparation (Mayer-Brien, 2014). Le PEP-AS est une adaptation et une traduction du *Parent Training Treatment for Separation-Anxious Children* de Raleigh, Eisen et Brien (2002) (Mayer-Brien, Turgeon et Lanovaz, 2017). Il s'est également inspiré du PCIT (au long : Parent-Child Interaction Therapy) modifié de Pincus *et al.* (2008) en ajoutant au programme d'origine la composante relationnelle, comprenant des moments de jeux libres et des discussions sur les attitudes parentales à adopter pour favoriser une relation plus chaleureuse avec l'enfant.

Le PEP-AS est divisé en 10 rencontres avec la famille participante selon cinq thématiques différentes, soient : la composante éducationnelle (séances 1 et 2), la composante relationnelle (semaine 3), la phase d'apprentissage d'habiletés pour gérer l'anxiété des enfants (séances 4, 5 et 6), la phase de pratique de l'exposition et des résolutions de problème (séances 7

et 8) et le maintien des acquis et la terminaison du programme (séances 9 et 10) (Mayer-Brien, 2011). Les rencontres de la composante éducationnelle portent sur les symptômes de l'anxiété de manière générale et sur le TAS ainsi que sur l'identification des pièges liés à l'anxiété (p. ex. : réassurance, surprotection). La séance 3, qui correspond à la composante relationnelle, inclut l'enseignement d'habiletés favorisant la sensibilité parentale et la chaleur dans les interactions avec l'enfant (p. ex. : féliciter l'enfant de manière spécifique, refléter les paroles ou les gestes, éviter les critiques et les demandes incessantes) (Mayer-Brien, 2011). Les séances de phase d'apprentissage d'habiletés pour gérer l'anxiété de l'enfant portent sur l'exposition graduée, les techniques de relaxation et le principe de gestion des contingences. À travers ces trois rencontres, les parents apprennent des manières d'intervenir avec leur enfant. Les séances 7 et 9, quant à elles, constituent la phase de pratique du programme durant lesquelles les parents apprennent à guider leur enfant dans la réalisation des exercices d'exposition *in vivo* (Mayer-Brien, 2011). Le contenu est bref en comparaison aux autres rencontres du programme pour laisser place à la discussion avec les parents sur leurs expériences avec l'exposition et le renforcement des efforts de l'enfant. La phase de maintien des acquis (séance 9) représente un retour sur les habiletés enseignées ainsi que sur l'importance de poursuivre l'exposition chez l'enfant. La dernière rencontre du programme (séance 10) vise à transférer aux parents le rôle d'intervenant envers l'enfant (Mayer-Brien, 2011).

En ce qui concerne la participation des enfants, ces derniers n'assistent pas directement aux rencontres du programme. Ils sont exposés au programme par l'entremise des exercices que les parents doivent effectuer entre les rencontres. Par exemple, lors de la phase de la composante relationnelle, l'enfant est exposé à des périodes de jeux quotidiennes avec ses parents où ils doivent mettre en place certaines attitudes en lien avec la sensibilité parentale. Les parents sont

formés pour intervenir auprès de leur enfant d’après les enseignements offerts par l’étudiante qui anime les rencontres du programme. Ils apprennent à modifier leurs attitudes, à identifier les pièges favorisant le développement du TAS, à choisir des récompenses adéquates, à renforcer les comportements et à exposer l’enfant à des situations anxiogènes (Mayer-Brien, Turgeon et Lanovaz, 2017).

Le contenu de chacune des séances, incluant le verbatim de l’animation et le matériel utilisé, a été regroupé dans un manuel de traitement de sorte que l’intervenant puisse avoir tous les outils nécessaires pour animer. Tout comme le programme initial de Raleigh, Eisen et Brien (2002), les séances du programme étaient d’une durée moyenne de 90 minutes. Chaque séance, indépendamment de son sujet, a été divisée de la manière suivante : révision du calepin d’observations quotidiennes, retour sur les exercices faits à la maison, identification des difficultés rencontrées, transmission des informations théoriques, exercices pratiques et explications des exercices à faire à la maison pour la prochaine rencontre. Des fiches ont été développées afin de remettre aux parents un résumé du contenu abordé durant les séances et de rappeler les consignes pour les exercices à faire durant la semaine. À la fin du programme, le parent possédait une banque de fiches contenant plusieurs ressources informatives pour l’aider à poursuivre la mise en place des interventions par lui-même.

Certaines modifications ont été apportées au programme pour qu’il soit adapté à des parents d’enfants ayant une DI âgés de 6 à 12 ans. Originellement, le PEP-AS était composé de 10 séances de 90 minutes divisées en cinq sous-sections suivantes : la composante éducationnelle, la composante relationnelle, la phase d’apprentissage d’habiletés pour gérer l’anxiété des enfants, la phase de pratique et le maintien des acquis (Mayer-Brien, 2014). En ce qui a trait aux modifications effectuées, une majorité d’éléments du programme d’origine du

PEP-AS ont été conservés dans le cadre de cette étude dont la composante relationnelle, les phases d'apprentissage d'habiletés pour gérer l'anxiété (gestion des contingences et exposition *in vivo* graduée) et les phases de pratique des habiletés. L'éducation sur les troubles anxieux et le TAS, quant à elle, n'a pas été offerte aux parents en raison de l'aspect bref du devis. Comme les séances ont eu lieu au domicile à raison d'une fois par semaine, le choix des composantes d'intervention a été effectué en fonction de leur efficacité potentielle sur la réduction des symptômes anxieux sur le plan comportemental et psychologique. Bien qu'elle aide la compréhension du parent, l'éducation à l'anxiété ne favorisait pas nécessairement directement la diminution des comportements d'anxiété. En plus, la séance 5 du programme sur la relaxation contenue dans l'étude initiale du PEP-AS a été retirée puisque l'implantation de la relaxation avait été difficile auprès des parents et que peu de participants l'avaient réellement mise en place (Mayer-Brien, 2014). Finalement, les exemples ont été adaptés de manière à correspondre à la réalité des enfants ayant une DI plutôt qu'à celle des enfants neurotypiques âgés de 4 à 7 ans. Concernant la structure du PEP-AS modifié, ce programme a été construit de manière à ce qu'un retour soit effectué avec les parents concernant le contenu de la semaine précédente et les exercices pratiques. Le but était de s'assurer de la compréhension des parents et de la mise en œuvre des exercices pratiques du programme d'intervention. Lorsque l'étudiante expliquait et enseignait des habiletés à mettre en place, un temps était alloué au parent pour qu'il puisse pratiquer les habiletés. De cette manière, il était possible d'offrir de la rétroaction directe auprès du parent et de parfaire les comportements à mettre en place. Suivant ces modifications, le programme d'entraînement parental offert dans le cadre de ce projet de recherche représentait huit séances de 45 à 90 minutes à raison d'une fois par semaine au domicile de la famille.

Composantes. Le PEP-AS modifié était composé de trois grandes composantes d'intervention découlant de la TCC et de la théorie de l'attachement, c'est-à-dire la composante relationnelle, la gestion des contingences et l'exposition *in vivo* graduée. Tout d'abord, la composante relationnelle consistait en l'enseignement de comportements favorisant la sensibilité et la chaleur parentale à l'aide de moments de jeux quotidiens. Le parent était encouragé à adopter des attitudes parentales particulières telles que l'enthousiasme, le reflet des paroles et des actions de l'enfant et l'évitement des critiques, dans le but que l'enfant ait le contrôle lors des périodes de jeux avec ses parents. Comme exercice quotidien, le parent devait jouer avec son enfant durant 10 à 15 minutes tout en mettant en place les attitudes enseignées. De cette manière, l'enfant pouvait passer des moments privilégiés et positifs avec ses parents. Cette composante a été ajoutée au programme d'origine d'après une étude de Pincus *et al.* (2008) qui a illustré la pertinence d'enseigner au parent une manière d'entrer en relation avec l'enfant. Les résultats de cette étude avaient permis de comprendre que le fait de ne pas contrôler les périodes de jeux, d'être chaleureux et d'utiliser du renforcement positif spécifique contribuait aux échanges positifs entre l'enfant et le parent, réduisant par le fait même les réactions anxieuses lors de la séparation (Pincus *et al.*, 2008).

Ensuite, la composante de gestion des contingences consistait à pratiquer le renforcement positif des comportements appropriés, de même qu'à diminuer l'attention attribuée aux comportements indésirables. Lors des séances sur la gestion des contingences, le parent apprenait en quoi consiste une bonne récompense favorisant l'adoption des comportements désirés. Il était encadré afin de pratiquer leurs habiletés avant de les mettre en application avec leur enfant. Cette composante du programme est très pertinente pour la réduction de l'anxiété de séparation étant donné que le renforcement est inhérent au processus

anxieux. L'évitement qui sert de stratégies inadaptées chez les personnes anxieuses représente une forme de renforcement négatif. En évitant une situation désagréable générée par de l'anxiété, la personne se sent mieux en raison d'une diminution des symptômes anxieux. Par conséquent, la personne est renforcée dans sa croyance qu'il vaut mieux éviter les situations qui créent de l'anxiété plutôt que de les affronter (Hagopian et Jennett, 2008). En renforçant les comportements de bravoure et d'exposition qui représentent les comportements appropriés et en ignorant les comportements nuisibles, cela permet d'enseigner un nouveau mode de fonctionnement chez l'enfant d'où la pertinence de cette composante au sein du programme.

En ce qui concerne le volet de l'exposition graduée, le parent a créé avec l'aide de l'étudiante, une hiérarchie d'exposition adaptée aux difficultés de leur enfant. Pour y parvenir, la mère a identifié différentes situations d'exposition provoquant de l'anxiété chez son enfant en lien avec la situation de séparation ciblée. Il s'agissait de déconstruire la situation de séparation en plusieurs étapes graduées. Ensuite, la mère a attribué une gradation dans le niveau d'anxiété que générerait chacune des situations d'exposition afin de les mettre en ordre d'intensité, soit de la moins anxiogène à la plus anxiogène. Lors des rencontres portant sur l'exposition, l'étudiante a encadré le parent dans sa planification de l'exposition, c'est-à-dire en choisissant la situation, en guidant le choix de la récompense et en rappelant les conditions nécessaires à l'exposition. Le parent a été informé que l'enfant devait demeurer dans la situation anxiogène jusqu'à ce que le niveau d'intensité de l'anxiété soit tolérable. Ensuite, le parent a mis en place la séance d'exposition planifiée en respectant le déroulement et le choix du renforcement adéquat permettant de motiver l'enfant à affronter la situation anxiogène. Le parent a reçu une rétroaction hebdomadaire sur le déroulement des séances d'exposition et sur sa manière de procéder lors des rencontres de programme avec l'étudiante. Cette composante est essentielle

dans la réduction des symptômes d'anxiété puisqu'elle représente une manière de modifier l'association qui s'est créée entre l'objet de la peur et les symptômes physiologiques. L'exposition se fonde sur le principe d'extinction qui consiste à affaiblir presque complètement le lien entre les manifestations anxieuses et l'objet de l'anxiété. Par exemple, un enfant qui souffre d'anxiété de séparation anticipe les moments de séparation en vivant de la détresse. En exposant la personne à l'objet de sa peur et en contrôlant les symptômes anxieux, le lien qui existait auparavant entre ces deux éléments disparaît. Donc, l'exposition représente une composante primordiale du programme puisque lors de l'exposition à des situations de séparation, l'enfant comprend que rien de grave ne lui arrive et que son anxiété parvient à diminuer (Hagopian et Jennett, 2008).

Devis de recherche

Le présent projet de recherche se base sur un devis quasi expérimental de type AB. Dans ce devis, deux phases sont mises en place, soit le niveau de base (avant l'intervention) et l'intervention (pendant et après l'implantation du programme). Le niveau de base dans ce type de devis permet d'identifier et de prédire le comportement de la personne à travers le temps si aucune intervention n'est effectuée (Kazdin, 2011). Le devis AB est de type quasi expérimental puisqu'il n'est pas possible de statuer clairement sur l'influence de l'intervention dans le changement du comportement (Barlow, Nock et Hersen, 2009).

Comme plusieurs facteurs externes ne sont pas contrôlés (p. ex. : temps, maturation, histoire de vie), ce devis permet seulement d'observer et d'apprécier les changements dans les comportements observés en comparaison avec le niveau de base (sans intervention) et

l'intervention (Lanovaz, 2013). Même s'il est préférable d'effectuer des recherches expérimentales, parfois le contexte ne le permet pas. Dans ces cas de figure, Kazdin (2011) recommande de mettre en place certaines conditions dans le devis quasi expérimental afin de tendre davantage vers un protocole expérimental. Par exemple, il recommande d'effectuer des mesures répétées et continues entre le niveau de base, l'intervention et le post-intervention. Effectivement, des mesures fréquentes et l'atteinte d'une stabilité dans le niveau de base permettent d'obtenir des résultats plus rigoureux justifiant la pertinence du devis (Barlow *et al.*, 2009 ; Kazdin, 2011).

Les protocoles à cas unique présentent plusieurs avantages justifiant leur utilisation dans le cadre de ce projet de recherche. Entre autres choses, ils permettent d'étudier des phénomènes plus rares auprès de populations plus restreintes et de développer des compétences sur le plan technique ainsi qu'au niveau des méthodes d'interventions mises en place (Barlow *et al.*, 2009). Par ailleurs, le devis AB est utile et recommandé dans le cadre d'interventions où un retour au niveau de base n'est pas possible. Dans le cadre du présent projet, suite à l'introduction des différentes composantes, un retour aux comportements parentaux initiaux ne pouvait être envisagé, ce qui justifiait le choix de ce protocole (Lanovaz, 2013).

En raison d'un changement dans le protocole du devis de recherche, une assignation aléatoire d'un nombre de semaines de niveau de base a établi que la famille participante devait effectuer 9 semaines de prises de mesure. Dans le but d'alléger la tâche en termes de collecte de données, seulement cinq semaines sur les neuf semaines totales ont été identifiées comme étant les semaines de prises de mesure. Ainsi, les semaines 1, 5, 7, 8 et 9 représentaient celles où la famille devait remplir le calepin d'observations quotidiennes des comportements anxieux de l'enfant.

Procédure et collectes de données

Tout d'abord, une entrevue préliminaire a été effectuée afin de présenter le formulaire de consentement et les étapes de l'étude à la mère. Cette rencontre a permis de la sensibiliser quant à son implication attendue dans le cadre du projet de recherche. La mère a fourni une copie du rapport médical de l'enfant permettant d'identifier clairement le diagnostic de DI, l'hypothèse diagnostique de trouble du spectre de l'autisme ainsi que le nom du professionnel et la date d'émission. C'est lors de cette rencontre que la mère a reçu une courte formation sur la manière de remplir adéquatement le calepin d'observations quotidiennes et qu'elle a été informée des dates pour lesquelles elle devait le remplir avant de débiter le programme. Le père a rencontré l'étudiante pour consentir au projet, mais n'a pas assisté aux rencontres du programme en raison de son horaire de travail chargé qui le rendait souvent indisponible pour assister aux séances.

Lors d'une seconde rencontre, une psychologue clinicienne spécialisée en troubles anxieux a effectué l'entrevue semi-structurée l'ADIS-P (*Anxiety Disorders Interview Schedule-Parent version*) d'une durée de 90 minutes pour évaluer la présence d'un TAS et effectuer un diagnostic différentiel. Dans le cas du participant, les résultats à l'entrevue ont permis de confirmer son éligibilité au projet de recherche en raison de l'expression de plusieurs symptômes liés à l'anxiété de séparation. L'entrevue a également permis d'identifier la présence de phobies spécifiques.

Calepin d'observations quotidiennes. Initialement, la collecte de données devait être effectuée à l'aide d'un protocole combiné incluant des données quotidiennes recueillies par la mère dans le calepin d'observations quotidiennes et des mesures comportementales d'observation directe. Cependant, en raison de la DI de l'enfant et de son besoin d'être avec sa

mère constamment, il a été impossible de filmer les séances qui déclenchaient de l'anxiété, malgré plusieurs tentatives autant lors du jeu seul que lors de la séparation à l'école. L'enfant était très sensible à la présence de la caméra et appréciait être filmé ce qui rendait difficile la manifestation des symptômes anxieux. Donc, seulement les données recueillies dans le calepin d'observations quotidiennes ont contribué à l'évaluation en continu des symptômes anxieux.

Le calepin d'observations quotidiennes, qui est détaillé dans l'annexe II, incluait une description de la situation, le niveau d'interférence avec le fonctionnement, l'intensité de la détresse et la fréquence d'apparition des comportements liés à l'anxiété dans la journée. Le choix des situations d'anxiété s'est fait d'après une grille préétablie rapportée dans le livre de Eisen et Schaeffer (2005) et selon les éléments rapportés par la mère afin de correspondre le plus fidèlement à l'anxiété de l'enfant participant. Cette mesure de comportements quotidienne a permis d'évaluer les fluctuations entre les deux phases du protocole, soit le niveau de base et l'intervention. Afin de réduire la quantité de données sélectionnées par la mère, cette dernière, lors du niveau de base, a collecté les données lors de cinq semaines prédéfinies soit les 1^{re}, 5^e, 7^e, 8^e et 9^e semaines. Le programme a été implanté à partir de la 10^e semaine et la mère a poursuivi sa collecte de données de manière continue jusqu'à 3 semaines suivant la fin du programme. Le programme de 8 semaines s'est étiré sur 10 semaines en raison d'imprévus pour les rencontres, tels que les tempêtes de neige, les conditions de santé de l'enfant (p. ex. : rhume et grippe) et les rendez-vous de la mère avec des spécialistes. Néanmoins, lors des semaines sans rencontre du programme, la mère poursuivait ses interventions et continuait de remplir les calepins d'observations quotidiennes.

En ce qui a trait à la pertinence de recueillir des données sur le comportement au quotidien, la littérature sur les protocoles à cas unique suggère que des prises de mesure en

continu permettent d'avoir un portrait global du comportement contrairement à des données prises lors de deux temps de mesures. Ce type de prise de données favorise l'identification d'un mode de fonctionnement comportemental chez le sujet de l'étude (Kazdin, 2011). De plus, la vitesse de changement dans le comportement représente un indicateur de l'effet du programme d'intervention. Dès lors, un changement dans le comportement qui survient rapidement à la suite de l'introduction de l'intervention favorise une inférence plus importante de l'effet du programme contrairement à une modification lente qui peut découler de plusieurs sources externes (Kazdin, 2011).

Dans le but d'objectiver la prise de mesures des parents à l'aide du calepin d'observations quotidiennes, nous avons tenté d'établir des comportements spécifiques à identifier chez la population avec une DI. Il existe toutefois très peu de littérature sur les manifestations des symptômes anxieux chez cette population. Helverschou et Martinsen (2011) ont étudié l'anxiété chez les personnes ayant une DI et un TSA en incluant des symptômes idiosyncratiques identifiés par les parents. Les résultats permettaient de conclure que l'ajout de ces symptômes uniques à l'enfant ne permettait pas vraiment de mieux identifier les manifestations anxieuses. Malgré des différences au niveau des symptômes liés à l'anxiété, les manifestations anxieuses identifiées chez les enfants neurotypiques semblent tout autant pertinentes dans l'identification de l'anxiété chez les enfants présentant une DI (Helverschou et Martinsen, 2011).

Il importe de tenir compte que les personnes ayant une DI peuvent utiliser des stratégies d'évitement même lorsqu'ils ne vivent pas d'anxiété. Dans le cas de l'anxiété de séparation, la cause des manifestations anxieuses est clairement identifiée puisqu'il s'agit de la séparation avec la figure d'attachement. Normalement, les comportements qui suivent une séparation

peuvent plus facilement être liés à cette cause qui provoque de l'anxiété qu'à une cause inconnue (Hagopian et Jennett, 2008). Dans cette optique, l'anxiété peut être perçue comme un stimulus discriminatif pour l'apparition des comportements problématiques de l'enfant (Moskowitz *et al.*, 2013). Dans le cadre de cette étude, les calepins d'observations quotidiennes ont été créés de manière à refléter les différentes séparations possibles dans une journée. Les symptômes rapportés par les parents en termes d'intensité, de fréquence et de détresse, devaient se produire suite à une situation anxiogène de séparation ce qui limitait dès lors les chances d'erreur au niveau de la prise de mesure.

Instruments de mesure

Anxiété de séparation. Pour évaluer la présence d'un TAS et effectuer un diagnostic différentiel avec les autres troubles anxieux, une psychologue formée a effectué la passation de la version parent de l'entrevue semi-structurée ADIS-P (*Anxiety Disorders Interview Schedule-Parent version*) d'une durée de 90 minutes avant l'implantation du programme. Elle a également effectué la passation de la section sur le TAS une seconde fois à la suite de l'implantation du programme pour évaluer les changements dans les symptômes. Cet instrument de mesure constitue la mesure la plus reconnue dans la littérature (APA, 2000 ; Silverman, Saavedra et Pina, 2001). Pour les diagnostics du TAS, du trouble d'anxiété sociale et du trouble d'anxiété généralisée chez les enfants âgés de 7 à 12 ans, le kappa se situe entre bien et excellent ($\kappa = 0,73$ et $0,92$) et les résultats au test-retest sont de $r = 0,86$ à $0,99$. Par conséquent, cet outil diagnostique présente de bonnes qualités psychométriques justifiant son usage dans le cadre de cette étude (Silverman, Saavedra et Pina, 2001).

En plus, lors d'une première rencontre avec l'étudiante, la mère a rempli la version francophone du *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised* (SCARED-R). Le questionnaire contient 51 items, dont sept portent sur le TAS. Martin et Gosselin (2012) rapportent un alpha de Cronbach total de $\alpha = 0,90$. Le SCARED-R présente également une très bonne validité convergente ($r = 0,78$; $p < 0,001$) avec le STAI-C.

La version parent du *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS-P) a été administrée auprès de l'enseignante de l'enfant au pré et post- test. Ce questionnaire est composé de 38 items avec des échelles de Likert en quatre points. Une étude rapporte un alpha de Cronbach de $\alpha = 0,76$ pour la sous-échelle du TAS (Nauta *et al.*, 2004). La validité convergente entre la version enfant et parent est appréciable pour le TAS ($r = 0,72$; $p < 0,01$) (Whiteside et Brown, 2008).

Troubles neurodéveloppementaux. Étant donné que le participant présentait une DI légère ou modérée, le diagnostic émis par un professionnel a été utilisé dans le cadre de l'étude. En ce qui concerne la présence d'un trouble du spectre de l'autisme, les parents du participant ont fourni le rapport professionnel portant sur le diagnostic d'après les résultats de l'ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) et de l'ADI-R (*Autism Diagnostic Interview Revised*) tels qu'exigés désormais au Québec lors de l'évaluation.

Mesures de fréquence et d'interférence. Deux autres mesures permettant d'évaluer l'efficacité de la mise en place du programme d'entraînement parental ont été la fréquence et le niveau d'interférence avec le fonctionnement en lien avec les symptômes anxieux. Cette information a été recueillie par la mère dans les calepins d'observations quotidiennes. Lorsque des symptômes anxieux étaient manifestés par Mathieu lors de situations de séparation, la mère indiquait la fréquence d'apparition du comportement dans la journée ainsi que le niveau d'interférence avec le fonctionnement sur une échelle de 0 (aucune interférence) à 8

(interférence maximale). Ces données ont ensuite été compilées dans les graphiques permettant d'interpréter les résultats et d'observer les fluctuations.

L'approche d'évaluation multimodale est recommandée pour obtenir un maximum d'information portant sur l'anxiété. Cette méthode d'évaluation est d'autant plus pertinente auprès des personnes ayant un trouble neurodéveloppemental en raison des déficits cognitifs et langagiers (MacNeil *et al.*, 2009). Dans le cadre de ce projet, des données ont été collectées auprès de différentes sources d'information telles que : les parents à l'aide de questionnaires autorapportés, d'entrevue standardisée et de calepins d'observations et auprès de l'enseignante avec un questionnaire autorapporté sur l'anxiété manifesté par l'élève.

Temps de mesure

En ce qui a trait aux mesures pré-intervention, les résultats portant sur l'anxiété ont été recueillis à l'aide de l'entrevue semi-structurée ADIS-P et du SCARED. En plus, le SCAS-P a été administré auprès de l'enseignante. Au niveau de l'évaluation post-intervention, la section portant sur le TAS de l'ADIS-P a été administrée une seconde fois. L'enseignante a rempli à nouveau le SCAS-P lorsque l'intervention a été complétée.

Lors des phases de niveau de base et d'intervention, les parents ont rapporté des observations quotidiennes qui ont été compilées afin d'observer et d'analyser les modifications dans les comportements de l'enfant. Ces données fréquentes sur certains comportements liés à l'anxiété de séparation, incluant le niveau d'interférence, l'intensité de la détresse et la fréquence d'apparition ont permis une meilleure compréhension et une évaluation plus rigoureuse des fluctuations symptomatiques d'anxiété de l'enfant.

Analyse des données

Les données recueillies par les parents à l'aide des calepins d'observations ont été compilées dans des graphiques contenant la fréquence d'apparition du comportement et le niveau d'interférence sur une échelle de 0 à 8 en fonction des deux phases. L'indice d'intensité de la détresse émotionnelle n'a pas été utilisé lors de l'analyse des données. L'analyse s'est concentrée principalement sur la fréquence d'apparition et l'interférence avec le fonctionnement. Les graphiques ont été réalisés pour chacun des comportements ciblés par le parent et pour un regroupement de comportements. L'inspection visuelle des graphiques a été utilisée pour porter un premier jugement sur les changements comportementaux liés aux symptômes anxieux. Pour effectuer cette analyse, il importe de regarder les résultats selon une tendance globale et observer des changements entre les différentes phases, soit le niveau de base et l'implantation de l'intervention (Kazdin, 2011).

Fisher, Kelley et Lomas (2003) ont développé la méthode du double critère afin d'objectiver l'inspection visuelle et de réduire l'erreur de mesure de type I qui consiste à conclure faussement à l'efficacité d'une intervention. Un certain nombre de données sur le graphique doivent se retrouver sous la ligne obtenue par le test binomial et sous la ligne de la moyenne. L'équation binomiale permet de statuer sur le nombre de points requis. Dans le cadre de ce projet, la phase de traitement (programme d'intervention) représentait 12 points de données, ce qui signifie que pour respecter la méthode du double critère, il fallait que 9 points se retrouvent sous la ligne de prévision et la moyenne (Fisher *et al.*, 2003). Lanovaz, Huxley et Dufour (2017) ont trouvé que l'erreur de type I peut être diminuée en recueillant au moins trois points de mesures durant la phase de niveau de base et cinq points durant la phase d'intervention. Les données recueillies lors du projet de recherche respectent ces critères en ayant 5 points de

niveau de base, dont 3 consécutifs, et 12 points de mesure lors de l'implantation du programme d'intervention. Le calcul de la pente pour les indices d'interférence et de fréquence a été obtenu à l'aide d'une formule qui regroupait les trois derniers points consécutifs du niveau de base. Les données des semaines 1 et 5 ont néanmoins contribué au calcul des moyennes du niveau d'interférence et de fréquence lors du niveau de base pour chacun des comportements.

Intégrité de traitement

L'intégrité de traitement du programme a été évaluée de deux manières, soit à l'aide d'un retour sur la mise en place des exercices par la mère et par l'entremise d'un calcul du pourcentage de contenu couvert. Chaque séance a été divisée en nombre de sections à couvrir et à la fin de chaque rencontre l'étudiante a inscrit le nombre de sections complété et le pourcentage d'implantation que constituait la mise en place. Le tableau 1 représente l'intégrité de traitement. Somme toute, l'intégrité est très bonne puisque 96 % du programme planifié a été réellement offert à la mère. De manière générale, lors des retours sur la semaine, la mère nommait avoir effectué les exercices et elle parvenait assez bien à nommer des éléments liés à l'anxiété survenue au courant de la semaine. D'un point de vue méthodologique, la mise en œuvre des exercices par la mère n'a pas été évaluée. Chaque semaine, l'étudiante remettait un résumé des notions enseignées ainsi que les exercices à faire durant la semaine. Lors de la rencontre suivante, un temps était alloué pour discuter de la mise en œuvre des exercices par la mère. Les calepins d'observations quotidiennes étaient toujours remplis rigoureusement et si elle avait des interrogations, elle validait avec l'étudiant.

Tableau 1. *Intégrité de traitement du programme d'entraînement parental d'après la portion de contenu couvert.*

No. Séance	Portion de contenu prévu couvert	% de contenu prévu couvert
1. Présentation du programme et explication pour remplir le calepin d'observations	8/8	100 %
2. Importance d'une relation parent-enfant harmonieuse	14/16	88 %
3. Importance de l'exposition	18/19	95 %
4. Importance de l'exposition (suite)	8/8	100 %
5. Gestion des contingences	15/15	100 %
6. Pratique de l'exposition et résolution de problèmes	11/11	100 %
7. Pratique de l'exposition et résolution de problèmes	10/10	100 %
8. Révision et fin	6/7	86 %
Total	90/94	96 %

Résultats

Calepins d'observations quotidiennes

Les données collectées par la mère tout au long du niveau de base et du programme ont été compilées dans des graphiques et seuls les indicateurs de fréquence et d'interférence ont été conservés dus à leur pertinence. Au total, six comportements liés à la séparation ont été retenus et notés sur une base quotidienne par la mère. Les graphiques incluent les données de fréquence, le niveau d'interférence ainsi que les pentes de prévisions et les moyennes pour les deux indicateurs selon chaque comportement. Le tableau 2 regroupe toutes les informations concernant les moyennes au niveau de base, les moyennes lors de l'intervention et l'analyse des résultats pour chaque comportement en fonction des deux indicateurs (fréquence et interférence). Rappelons qu'un changement entre les deux phases est significatif lorsque 9 points sur 12 se retrouvent sous la pente de prévision de l'indicateur et sous la moyenne du niveau de base. Les données recueillies par la famille participante se sont échelonnées au total sur 21 semaines. Le niveau de base a été d'une durée de 9 semaines dans lesquelles les données

ont été recueillies lors des semaines suivantes, soient les semaines 1, 5, 7, 8 et 9. Le programme d'intervention qui est composé de 8 semaines d'intervention à domicile s'est échelonné sur 11 semaines en raison du déplacement de certaines rencontres pour diverses raisons (température, maladie). Ainsi, les rencontres du programme ont eu lieu lors des semaines suivantes : 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20 et 21. Lorsqu'il n'y avait pas de rencontre avec l'étudiante, la famille devait mettre en place les exercices enseignés lors de la rencontre précédente.

Tableau 2. *Moyennes des comportements liés à la séparation au niveau de base et lors de l'intervention selon les indicateurs de fréquence et du niveau d'interférence ainsi que l'inspection visuelle et le nombre de points sous les lignes de critères.*

Comportements	Indicateurs	Niveau de base (M)	Programme d'intervention (M)	Inspection visuelle	Points sous les lignes critères
À refuser d'aller à l'école et d'être séparé du parent	Fréquence	0,70	0,41	Légère diminution	8
	Interférence	3,93	1,98*	Légère diminution	10
Arrivée à l'école, veut attendre dans l'auto le matin	Fréquence	0,80	0,35*	Diminution	9
	Interférence	3,16	1,39*	Diminution	9
À refuser d'aller jouer seul à un jeu	Fréquence	2,54	0,60	Diminution	NA
	Interférence	4,63	1,16	Diminution	NA
À solliciter la présence du parent durant le jeu	Fréquence	2,60	0,75	Diminution	NA
	Interférence	4,37	1,11	Diminution	NA
À refuser d'aller à la toilette seul	Fréquence	0,83	0,13*	Diminution	11
	Interférence	1,10	0,11*	Diminution	11
À réveiller ses parents durant la nuit	Fréquence	0,35	0,36	Légère diminution	NA
	Interférence	1,51	1,54	Légère diminution	NA
Cumul de tous les comportements	Fréquence	1,36	0,43	Légère diminution	2
	Interférence	2,93	1,22*	Diminution	11

Note. L'indicateur de fréquence représente une moyenne des fréquences par jour pour une semaine et l'interférence représente le niveau d'interférence avec le fonctionnement sur une échelle de 0 à 8.

Note. NA = Non-applicable en raison d'une pente descendante où les points se trouvent au-dessus de cette dernière.

Note. D'après la méthode du double critère établi par Fisher, Kelley et Lomas (2003), un minimum de 9 points de données doit tomber sous les deux lignes de critères pour déterminer que le changement est significatif.

Note. * Résultats significatifs d'après la méthode du double critère de Fisher, Kelley et Lomas (2003).

Comportement : refus d'aller à l'école. Le premier comportement analysé a été défini comme étant le refus d'aller à l'école et d'être séparé du parent. Ce comportement se manifestait chez Mathieu par un refus d'effectuer la routine du matin (p. ex. : s'habiller, mettre ses souliers, manger et sortir de la maison) et de l'opposition quant aux demandes de la mère pour effectuer la routine du matin et d'aller dans la voiture.

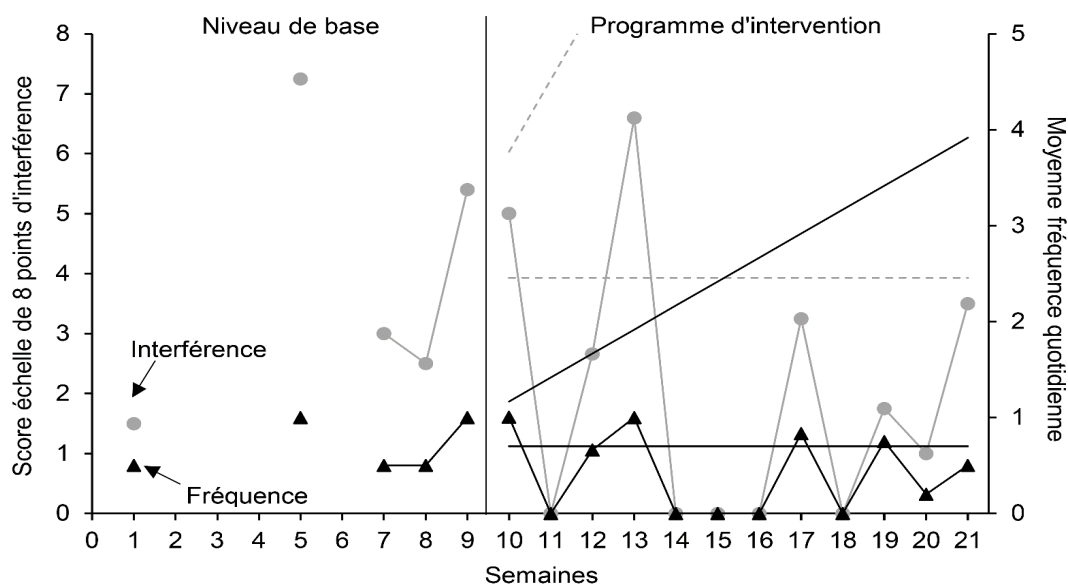


Figure 1. *Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement de « refuser d'aller à l'école et d'être séparé du parent ».*

La figure 1 présente les résultats rapportés par la mère dans le calepin d'observations quotidiennes pour le comportement de refuser d'aller à l'école et d'être séparé du parent. Tel que rapporté dans le tableau 4, l'inspection visuelle permet d'observer une légère diminution dans la fréquence et le niveau d'interférence en comparaison au programme d'entraînement parental selon le niveau de base, soit l'absence d'intervention. En analysant les résultats à l'aide de la méthode du double critère de Fisher, Kelley et Lomas (2003), seul l'indicateur du niveau d'interférence est significativement différent de la phase de niveau de base en raison du nombre de 10 points sous la pente de prévision et la moyenne. À cet égard, la réduction du comportement

à la suite de la mise en place du programme est significative. En ce qui concerne l'indicateur de fréquence, le non-respect des critères de la méthode ne permet pas de conclure à une diminution significative de la fréquence d'apparition du comportement chez Mathieu suite à l'introduction du programme d'intervention. Tel que rapporté, seulement 8 points se trouvent sous les lignes critères, alors qu'un minimum de 9 points est exigé par la méthode du double critère.

Comportement : attendre dans l'auto. Le deuxième comportement lié au départ pour l'école le matin a été défini comme étant que l'enfant « veut attendre dans l'auto le matin à l'école » et se manifestait principalement par de l'opposition, des pleurs et des cris dans la voiture dès l'arrivée à l'école. La sortie de la voiture pouvait prendre près d'une heure chaque matin et il était impossible pour Mathieu de prendre le transport adapté. La figure 2 représente les données sur la fréquence et le niveau d'interférence pour le comportement de sortir de la voiture le matin. Les résultats de l'inspection visuelle indiquent un changement entre le niveau de base et l'intervention pour les deux indicateurs. La comparaison des moyennes entre les deux phases montre une diminution dans les symptômes suite à l'introduction du programme auprès du parent. En analysant le graphique à l'aide de la méthode du double critère, les résultats montrent que le changement observé entre les deux phases est significatif étant donné que 9 points se trouvent sous les lignes de critères autant pour la fréquence que pour l'interférence. Suite à l'implantation du programme auprès du parent, la fréquence des comportements anxieux et le niveau d'interférence ont diminué de manière significative. Même s'il n'est pas possible avec ce devis de statuer sur l'efficacité réelle du programme, ce changement peut être en partie expliqué par l'implantation de l'intervention.

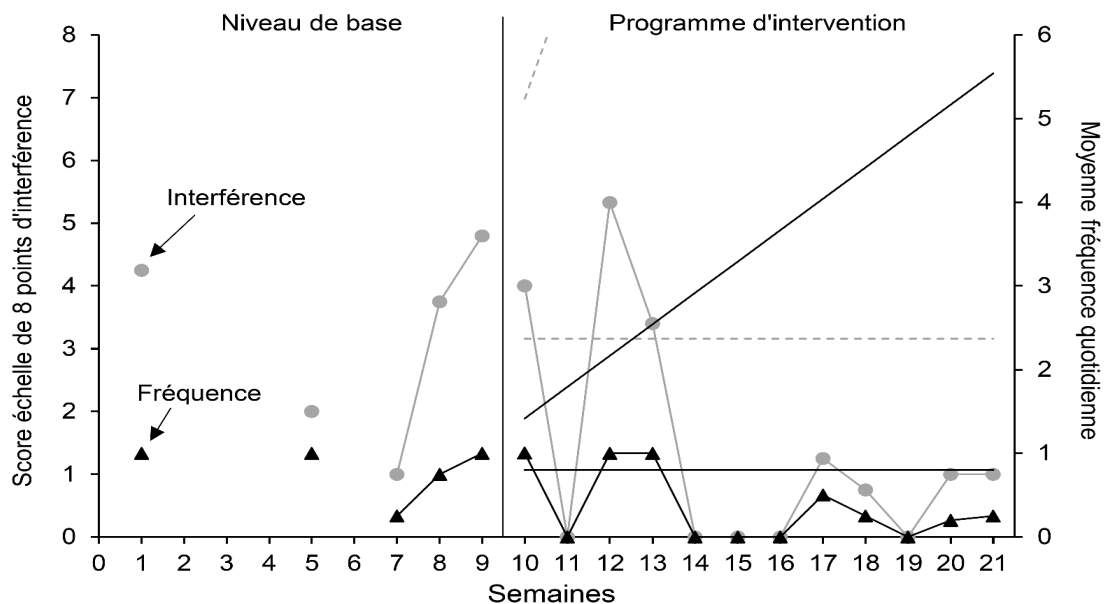


Figure 2. Moyennes des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement de « veut attendre dans l'auto le matin à l'école ».

Comportement : Jouer seul. En lien avec la séparation lors des moments de jeu, la mère a recueilli des données sur les symptômes d'anxiété liés au refus de jouer seul. Avant le programme, Mathieu éprouvait de la difficulté à s'éloigner de sa mère, même pour faire un jeu qu'il appréciait. Il la suivait dans la maison, effectuait des demandes répétitives et il s'opposait lorsque sa mère lui nommait ne pas pouvoir jouer avec lui.

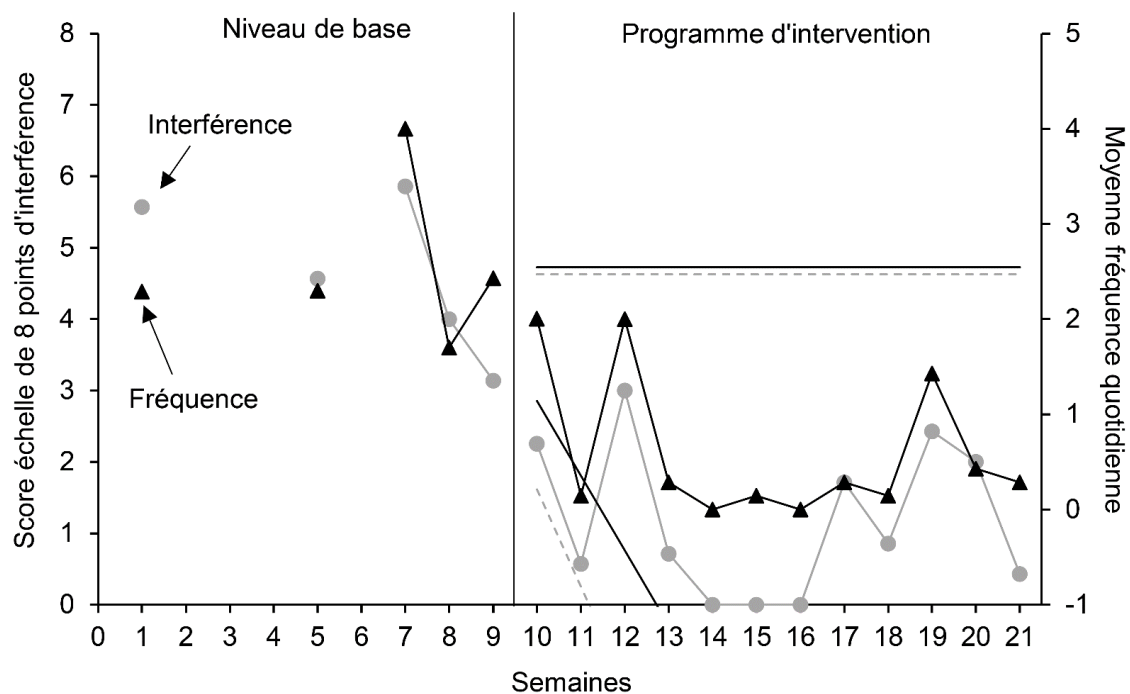


Figure 3. *Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « a refusé d'aller jouer seul à un jeu ».*

La figure 3 illustre l'évolution du comportement de jouer seul d'après les deux indicateurs. Contrairement aux comportements précédents, les données recueillies lors du niveau de base ont adopté une tendance descendante, ce qui n'est pas recommandé pour l'implantation d'une intervention. Voyant que le comportement diminue de manière naturelle, il est difficile d'attribuer les changements subséquents au programme. Normalement, avant d'introduire une intervention il faut que le niveau de base adopte l'une des deux tendances suivantes, soit la direction opposée au changement désiré ou une tendance stable (Kazdin, 2011). Pour le bien de l'évaluation du programme, l'intervention a tout de même été mise en place. D'après l'inspection visuelle du graphique, il semble y avoir une diminution des manifestations de refus d'aller jouer seul au fil des semaines. Étant donné que les pentes de prévisions des deux indicateurs pour la méthode du double critère sont descendantes, il n'est pas possible d'analyser

les résultats. Tel qu'illustré dans la figure 3, près des 12 points de l'intervention se trouve au-dessus des lignes de critères ne permettant donc pas de conclure à un changement significatif.

Comportement : Sollicitation du parent. En continuité avec le comportement de jouer seul, une autre manifestation de l'anxiété de séparation a été ajoutée au calepin d'observations quotidiennes et il s'agit de solliciter le parent. Plus précisément, ce comportement a été défini comme étant la « sollicitation du parent lors du jeu ». Chez Mathieu, ce comportement se manifestait par des demandes verbales incessantes et le fait qu'il suivait sa mère partout dans la maison. Le graphique des données recueillies par la mère pour ce comportement est représenté par la figure 4. Tout comme le comportement de jouer seul, celui de solliciter la présence du parent présente une pente de niveau de base descendante, ce qui rend l'interprétation des données impossible. Étant donné que la diminution a été amorcée avant l'implantation du programme, il est difficile de conclure sur l'effet réel de l'intervention sur le comportement. Sur le plan visuel, une diminution est survenue pour les deux indicateurs, mais ces résultats ne sont pas significatifs en raison d'un niveau de base descendant et le non-respect des exigences pour la méthode du double critère.

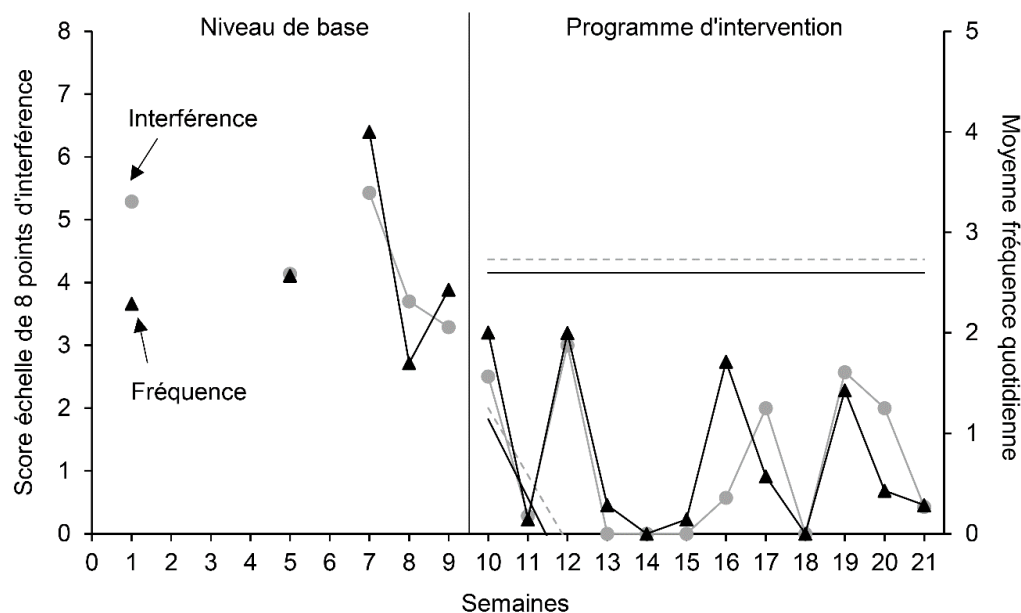


Figure 4. *Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « a sollicité la présence du parent durant le jeu ».*

Comportement : Aller à la toilette seul. À la suite de discussions avec la mère, elle a soulevé que la séparation pour aller à la toilette seul était difficile pour Mathieu. Malgré qu'il était propre et qu'il n'avait pas besoin d'aide, Mathieu demandait sans cesse la présence de l'adulte pour aller à la toilette. En analysant visuellement la figure 5, il est possible d'observer une diminution dans la fréquence et le niveau d'interférence pour le comportement « d'aller à la toilette seul ». À partir de la 13^e semaine, la fréquence du comportement s'estompe complètement tandis que l'interférence diminue presque totalement, suggérant une grande diminution du comportement. Tel qu'indiqué dans le tableau 2, la méthode du double critère permet de conclure que les changements observés entre la phase du niveau de base et celle de l'intervention sont significatifs en raison d'un nombre de 11 points de données sous les deux

lignes de critères. Donc, l'implantation du programme concorde avec une diminution significative du refus d'aller à la toilette seul de la part de Mathieu.

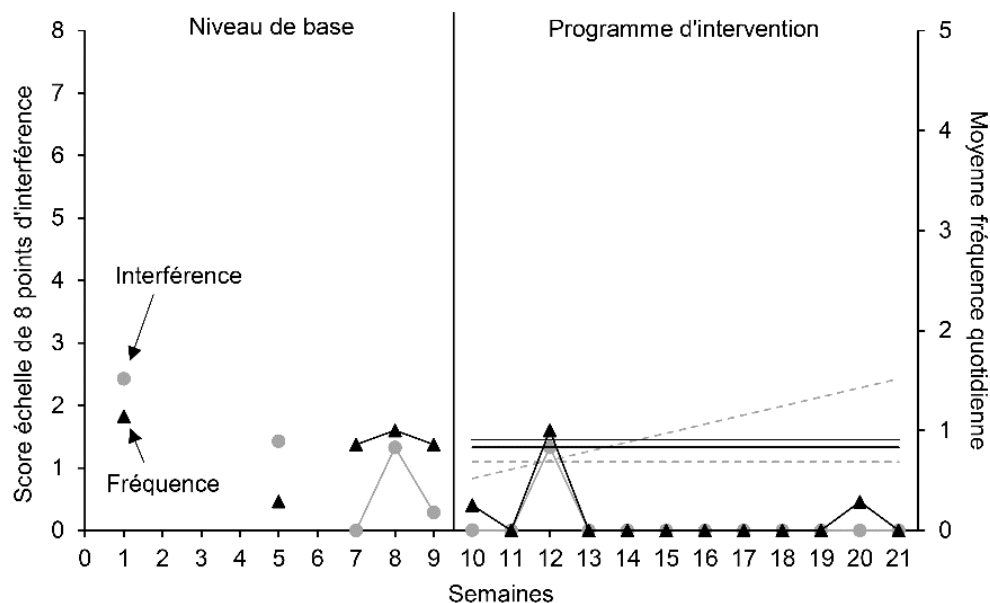


Figure 5. *Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « a refusé d'aller à la toilette seul ».*

Comportement : Réveiller le parent. Le dernier comportement contenu dans le calepin d'observation était lié à la séparation lors du coucher. À la suite des discussions avec la mère, cette dernière avait soulevé le fait qu'il était impossible pour Mathieu de dormir seul depuis sa naissance. Ce comportement lié à son anxiété de séparation se manifestait par des réveils fréquents durant la nuit et par son besoin de proximité avec les parents. Par exemple, il touchait le lit et tentait d'obtenir un contact physique avec l'un d'entre eux. Si le parent n'était pas encore couché, il le cherchait dans la maison pour le rejoindre. Mathieu pouvait se réveiller plusieurs

fois par nuit. La figure 6 représente les données recueillies pour ce comportement tout au long du projet de recherche.

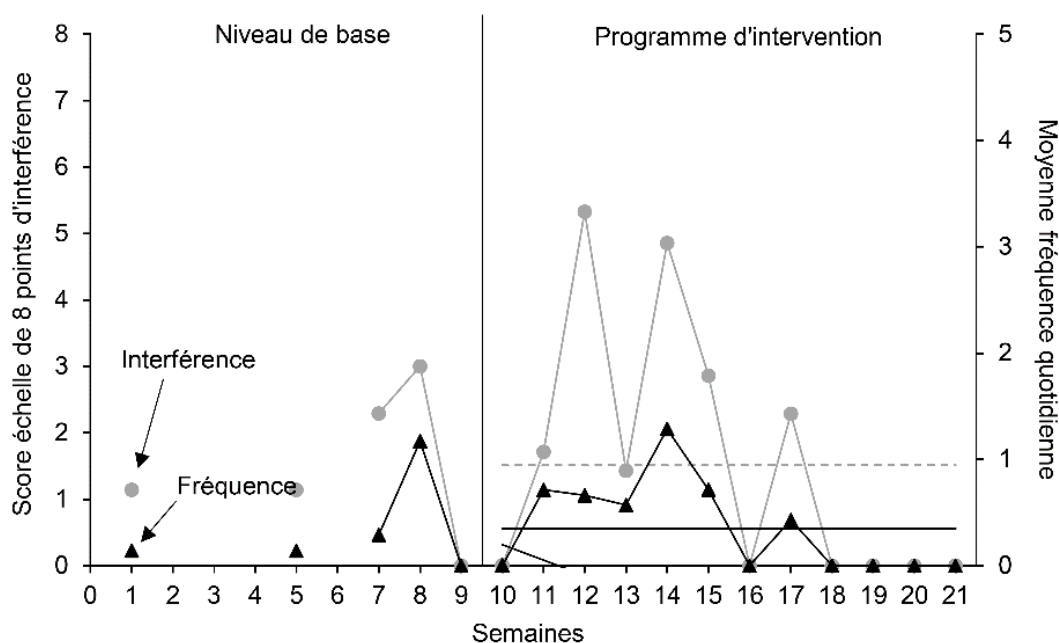


Figure 6. *Moyenne des fréquences par jour et du niveau d'interférence de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention pour le comportement « à réveiller ses parents durant la nuit ».*

D'après l'inspection visuelle, il est possible de noter une légère diminution dans la fréquence et le niveau d'interférence des réveils nocturnes chez Mathieu si on compare les deux phases et leurs moyennes respectives. Comme pour les comportements de refus de jouer seul et de sollicitation de l'adulte, les niveaux de bases des deux indicateurs (fréquence et interférence) illustrent une tendance descendante. À la 9^e semaine, le comportement semble avoir disparu complètement avant même que le programme ne soit débuté avec la mère. Il est impossible de tirer des conclusions quant à l'effet du programme sur l'anxiété de séparation lié aux réveils nocturnes. La méthode du double critère indique que les résultats ne sont pas significatifs puisqu'aucun point de données ne tombe sous les lignes critères.

Résultats globaux des situations de séparation. Afin d’avoir une vue d’ensemble des résultats pour les différents comportements contenus dans le calepin d’observations quotidiennes, toutes les données recueillies ont été combinées. Les figures 7 et 8 illustrent respectivement les moyennes de fréquences par semaine pour tous les comportements liés à l’anxiété ainsi que le total des niveaux d’interférence pour tous les comportements.

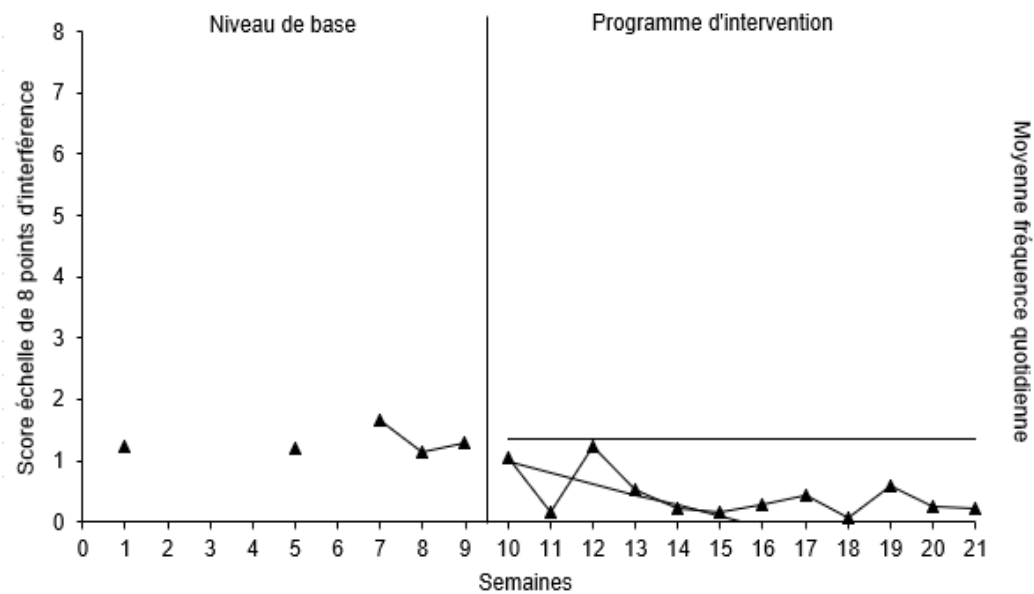


Figure 7. *Moyenne des fréquences par jour de tous les comportements contenus dans le calepin d’observations quotidiennes de Mathieu pour le niveau de base et le programme d’intervention.*

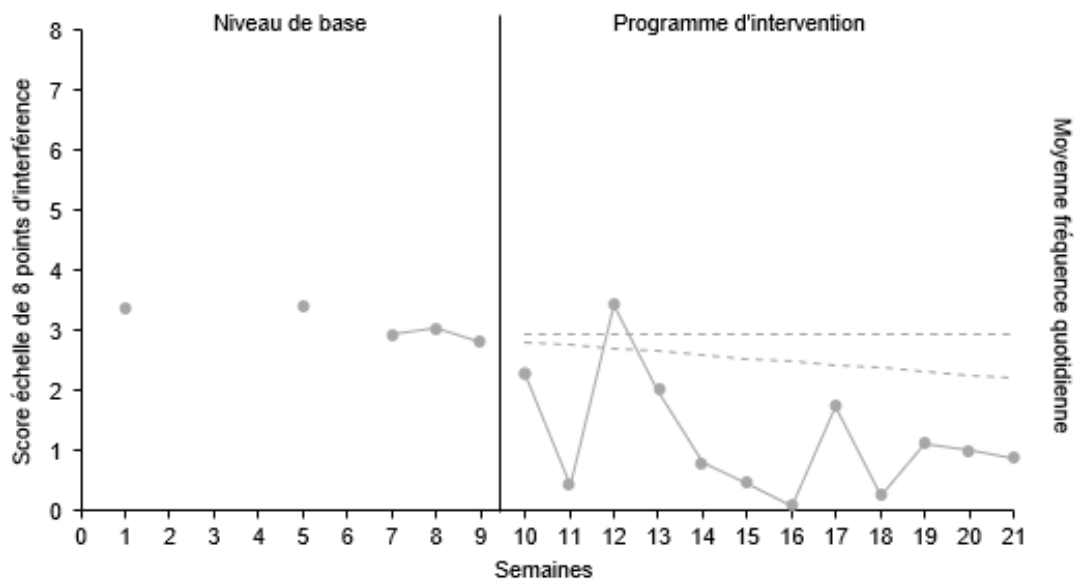


Figure 8. *Niveau d'interférence de tous les comportements contenus dans le calepin d'observations quotidiennes de Mathieu pour le niveau de base et le programme d'intervention.*

En considérant la fréquence totale des comportements liés à l'anxiété de séparation de Mathieu, l'observation visuelle suggère une légère diminution entre le niveau de base et la phase d'intervention. En comparant les moyennes des deux phases, il est possible de constater une diminution. Cependant, en analysant les résultats avec la méthode du double critère, il n'est pas possible de conclure à un changement significatif dans la fréquence des comportements de manière générale puisque seulement 2 points se trouvent sous les deux droites de critère.

De plus, le niveau d'interférence des comportements présente des résultats différents de la fréquence. D'après la méthode du double critère, les changements entre les deux phases sont significatifs étant donné que 11 points sur 12 points se retrouvent sous les lignes de critères. De ce fait, le programme semble avoir eu un impact positif sur le niveau d'interférence des manifestations d'anxiété liées à la séparation chez Mathieu.

Malgré des progrès intéressants pour quelques comportements liés à la séparation, les résultats ne peuvent être entièrement attribués à l'implantation du programme. D'autres facteurs

externes peuvent avoir eu un effet sur les comportements de Mathieu, par exemple, la maturation, le moment de l'année et les changements au sein de la famille. Certaines fluctuations dans les comportements d'anxiété chez Mathieu peuvent être expliquées en partie par les congés des fêtes, le retour à l'école en janvier, la semaine de relâche et l'arrivée d'un chiot dans la famille. Ces éléments ont engendré plusieurs adaptations au sein de la routine et de l'organisation familiale.

Évaluation de la satisfaction du participant. Lors de la dernière rencontre, une discussion avec la mère a porté sur sa satisfaction envers le programme d'intervention. Elle a mentionné avoir apprécié le programme et qu'elle trouvait important que d'autres parents reçoivent ce type d'enseignement. Elle a observé une diminution de l'anxiété de son fils, et même si plusieurs comportements étaient encore à travailler, elle se disait satisfaite des résultats en général. Cliniquement parlant, ce projet a permis d'enseigner des concepts importants autant en lien avec la relation parent-enfant, qu'avec des techniques d'intervention simples, mais très pertinentes en anxiété. Les retours sur la semaine étaient par ailleurs des moments opportuns pour aborder différents problèmes et pour raffiner les techniques d'intervention. Lors du récapitulatif des notions enseignées durant les séances du programme, la mère a semblé avoir bien assimilé la grande majorité des concepts. Elle a mentionné avoir développé sa capacité et ses connaissances lui permettant d'enseigner les différents concepts et techniques à son mari qui n'a pu assister aux rencontres du programme d'intervention en raison de son horaire de travail chargé. Elle a même suggéré que ce type de programme soit offert à tous les parents puisqu'elle y avait appris des moyens pertinents quant à sa manière d'entrer en contact avec son fils et d'intervenir.

Résultats des mesures standardisés

ADIS-P. La mère a pris part à l'entrevue ADIS version parent à deux reprises. L'entrevue a été administrée dans la totalité au pré-test, alors que seule la partie portant sur le TAS a été utilisée au post-test. Par ailleurs, l'entrevue post-test a été effectuée au téléphone. Cette modification au protocole initiale peut s'expliquer par une fin d'année scolaire très difficile pour la famille. Les résultats au pré-test ont indiqué la présence d'un TAS puisque Mathieu présentait un seuil clinique d'interférence avec le fonctionnement pour l'anxiété de séparation. D'après les réponses de sa mère au pré-test, Mathieu a obtenu un score de 6 sur 8 pour le niveau d'interférence et la présence de 5 symptômes sur 9. À la suite de l'implantation du programme, les réponses rapportées par la mère indiquaient un niveau d'interférence de 5 sur 8 et la présence de 3 symptômes sur 9. Les symptômes d'anxiété de séparation de Mathieu ont donc quelque peu diminué suite à l'intervention, mais il répondait encore aux critères diagnostiques de trouble anxieux puisque le critère pour juger de la présence d'un TAS est de présenter un niveau d'interférence de 4 et plus sur 8.

D'un point de vue qualitatif, même si le diagnostic de TAS demeure, il est pertinent de noter que la quantité de symptômes de Mathieu a diminué suivant l'implantation du programme d'entraînement parental. Trois des symptômes que Mathieu présentait au pré-test se sont résorbés lors de la passation de l'entrevue au post-test. Avant l'intervention, Mathieu s'inquiétait souvent lorsque le parent, principalement la mère, s'éloignait et il s'inquiétait parfois qu'un événement grave survienne à son parent. Le troisième symptôme qui n'était plus présent lors de l'évaluation au post-test était la manifestation de symptômes psychosomatiques (p. ex. : maux de ventre) lorsqu'il devait quitter la maison. À l'opposé, un symptôme qui n'était pas présent au pré-test est devenu cliniquement significatif lors de la seconde passation ; il

s'agissait du refus d'aller à un endroit en l'absence du parent. Les résultats obtenus à l'ADIS-P doivent cependant être nuancés puisque la mère a éprouvé de la difficulté à quelques reprises à répondre à des questions étant donné que son fils est très peu verbal et que l'accès à ses pensées est restreint. En conséquence, les inférences effectuées par la mère pour parvenir à répondre aux items de l'entrevue diagnostique peuvent avoir été biaisées et ne pas correspondre à la réalité vécue par son fils.

SCARED-Version parent. Le tableau 2 présente les résultats au questionnaire SCARED-P qui a été rempli par la mère avant de débiter le programme. D'après ses résultats, Mathieu présentait plusieurs symptômes anxieux. Les scores pour le trouble panique, le trouble d'anxiété de séparation et le refus scolaire indiquaient la présence potentielle d'un trouble anxieux. Certains items portant sur les cognitions liées à l'anxiété ont été difficiles à compléter par la mère étant donné que Mathieu communique peu ses pensées.

Tableau 3. *Résultats obtenus par la mère au SCARED version parent lors du pré-test.*

Troubles anxieux	Critères pour la présence d'un trouble	Score obtenu
Présence d'un trouble anxieux	≥ 25	42*
Trouble panique	≥ 7	12*
Trouble d'anxiété généralisée	≥ 9	8
Trouble d'anxiété de séparation	≥ 5	11*
Trouble d'anxiété sociale	≥ 8	6
Refus scolaire	≥ 3	5*

Note. * signifie que le résultat obtenu est supérieur à l'indicateur pour la présence d'un trouble anxieux.

Échelle d'anxiété pour enfants de SPENCE-Version parent. L'enseignante de Mathieu a rempli à deux reprises le questionnaire, soit avant et après l'implantation du programme. Le tableau 4 présente les résultats pour les deux temps de mesure. Les résultats

montrent que les scores ont légèrement augmenté entre les deux passations pour les symptômes liés à l'anxiété généralisée, au trouble obsessionnel-compulsif et au trouble panique/agoraphobie. D'après les résultats de l'enseignante, seulement les symptômes liés à l'anxiété de séparation ont obtenu une diminution d'un point. Les résultats compilés dans le tableau 4 indiquent un seuil clinique au post-test pour les troubles anxieux suivants : trouble panique/agoraphobie, trouble anxiété de séparation (TAS), trouble obsessionnel compulsif (TOC) et trouble d'anxiété généralisée (TAG). Lors de l'administration du questionnaire, l'enseignante a éprouvé de la difficulté à identifier la fréquence d'apparition de certains comportements étant donné qu'à l'école, ces symptômes ne se manifestaient généralement pas. D'après Kendall (1994), cette difficulté éprouvée par l'enseignante est possible et peut engendrer des résultats qui ne concordent pas avec les effets réels du programme. De plus, les propos rapportés par l'enseignante quant au comportement de Mathieu en classe étaient contradictoires avec les résultats obtenus au questionnaire. Notamment, elle avait nommé que Mathieu fonctionnait bien en classe, qu'il était à l'écoute et qu'il ne manifestait pas d'anxiété outre mesure à l'exception de son arrivée à l'école qui était toujours tardive. L'enseignante reconnaît que la séparation était ardue, mais que lorsqu'il entrait en classe, il parvenait à être disponible à ses apprentissages.

Tableau 4. Résultats obtenus par l'enseignante à l'Échelle d'anxiété pour enfants de SPENCE version parent lors du pré-test et du post-test.

Troubles anxieux	Moyennes des garçons âgés de 6 à 11 ans présentant un trouble d'anxiété clinique (Nauta <i>et al.</i> , 2004)	Scores obtenus pré-test	Scores obtenus post-test
Agoraphobie/trouble panique	2,9	2	3*
Anxiété de séparation	7,2	13*	12*
Peurs blessures physiques	4,4	0	0
Phobie sociale	7,3	0	0
TOC	3,1	2	4*
TAG	6,5	4	8*

Note. * signifie que le résultat obtenu est supérieur à la moyenne clinique.

Discussion

Le présent projet de recherche a visé à évaluer l'efficacité de la mise en place d'un programme d'entraînement parental dans la réduction des symptômes anxieux chez un enfant ayant une DI et un trouble d'anxiété de séparation. Les résultats des calepins d'observations quotidiennes présentés pour chacun des symptômes provoquant les manifestations anxieuses ont permis de conclure à une efficacité variable du programme chez Mathieu. L'analyse des résultats d'après les calepins d'observations quotidiennes a permis d'observer une réduction des symptômes anxieux pour la séparation liée à l'école, à la toilette et de manière générale, une diminution a été observée dans le niveau d'interférence des symptômes sur le fonctionnement de Mathieu. Plus précisément, la mise en œuvre du programme a concordé avec une diminution des deux indicateurs (fréquence et interférence) pour deux comportements en particulier, soit l'arrivée à l'école et le comportement « d'aller à la toilette seul ». Ceci signifie que même s'il n'était pas possible d'établir une relation de causalité entre les changements dans les symptômes et l'implantation du programme, la réduction de la fréquence et du niveau d'interférence pour ces symptômes était significative. Cependant, en considérant uniquement les résultats à l'ADIS-

P, il n'était pas possible de conclure à l'efficacité du programme puisque Mathieu répondait toujours aux critères diagnostiques de trouble d'anxiété de séparation après l'intervention, même si le degré d'interférence avait diminué et que certains symptômes s'étaient atténués.

Bien que le devis de recherche du projet fût indiqué pour apprécier des changements dans les symptômes, il n'a pas permis de statuer sur l'efficacité du programme. L'interprétation des résultats a donc dû être faite avec précaution et d'autres études devront être effectuées pour conclure à l'efficacité du PEP-AS pour une clientèle présentant une déficience intellectuelle. D'autre part, une diminution du nombre de symptômes liés à l'anxiété de séparation a été observée lors de la passation de l'entrevue diagnostique ADIS-P au post-test en comparaison avec les résultats obtenus avant l'implantation du programme. Malgré cette amélioration, le niveau d'interférence identifié par la mère lors de la passation indiquait encore la présence d'un trouble d'anxiété de séparation. D'un point de vue qualitatif, des changements sont survenus à la suite de l'implantation du programme auprès de la mère, malgré que Mathieu manifestait encore un niveau clinique de symptômes liés au TAS. Ces fluctuations dans les symptômes anxieux ont également été observées dans les graphiques contenant les données recueillies par la mère quotidiennement tout au long du projet de recherche.

Par ailleurs, une partie des résultats non significatifs obtenus lors de l'analyse des calepins d'observations quotidiennes a pu être expliquée par les tendances instables ou descendantes des niveaux de base. Lorsqu'un devis à cas unique est mis en place, les niveaux de base doivent être stables ou illustrer une tendance opposée à celle désirée par le comportement avant d'implanter l'intervention (Kazdin, 2011). Pour le bien du projet, un nombre de 9 semaines de niveaux de base avait été établi, mais il serait pertinent de faire une autre étude avec le PEP-AS en s'assurant que le niveau de base soit stable avant d'introduire la

phase d'intervention. D'une perspective clinique, même si les résultats n'ont pas été significatifs pour tous les comportements liés à l'anxiété, une diminution dans la fréquence et l'intensité de la manifestation pour les comportements de manière générale a été observée. Cette diminution, même si elle n'était pas statistiquement significative, peut tout de même faire une différence dans la vie des familles en réduisant la fréquence et l'intensité des réactions anxieuses de l'enfant. Le quotidien peut ainsi être moins empreint de symptômes anxieux envahissants.

De plus, un élément intéressant à soulever est que la hiérarchie d'exposition qui a été créée par la mère dans le cadre du programme portait sur la routine du matin pour le départ à l'école et c'est justement ces comportements qui ont montré des résultats encourageants. Dans ce cas de figure, il semble que la mise en place de la hiérarchie d'exposition et les stratégies de renforcement des comportements d'exposition aient permis d'améliorer la fréquence et l'intensité des manifestations anxieuses de Mathieu. Ces résultats concordent avec l'importance attribuée à la composante d'exposition dans le traitement des troubles anxieux étant donné son lien avec l'évitement qui est présente comme stratégie chez les personnes ayant un trouble anxieux (Hagopian et Jennett, 2008 ; Moskowitz *et al.*, 2017). Par ailleurs, les autres comportements qui n'ont pas fait l'objet d'une hiérarchie d'exposition n'ont pas obtenu des résultats aussi encourageants, mais il pourrait être intéressant dans une prochaine étude d'allonger la longueur du programme pour permettre de mettre en place une seconde hiérarchie d'exposition afin d'en voir l'effet sur d'autres comportements.

Les études portant sur l'efficacité des programmes de type TCC auprès des enfants ayant un TSA sans DI avaient obtenu des résultats supérieurs à ce projet de recherche. Si l'on compare l'efficacité du PEP-AS à celui du programme d'entraînement parental de Eisen, Raleigh et Neuboff (2008), les résultats obtenus sont moins concluants. Dans leur étude, cinq enfants sur

six ne répondaient plus aux critères diagnostiques de trouble d'anxiété de séparation suite à l'implantation du programme auprès du parent. Cependant, il est important de se questionner sur les éléments qui peuvent avoir joué un rôle dans l'effet plutôt faible du PEP-AS sur les symptômes anxieux dans la présente étude, tels que la structure du programme, l'échantillon restreint d'un seul participant et la présence d'une DI.

Dans l'étude initiale du PEP-AS, les résultats obtenus étaient assez encourageants quant à son efficacité envers les enfants neurotypiques. Suivant l'implantation du programme auprès d'enfants âgés de 4 à 7 ans, cinq enfants sur six ne présentaient plus un seuil clinique pour le TAS (Mayer-Brien, Turgeon et Lanovaz, 2017). Ces résultats ressemblaient davantage à ceux obtenus pour d'autres programmes de TCC dans la littérature. Il est possible que la DI de l'enfant ait nui à l'efficacité de l'implantation du PEP-AS dans le cadre du présent projet de recherche. C'est pourquoi les résultats de ce projet diffèrent des études effectuées auprès d'échantillons de personnes ayant un TSA sans DI. Notamment, McNally *et al.*, (2012) et Chalfant, Rapee et Carroll (2007) sont respectivement parvenus à traiter 60 % et 71,4 % des enfants de l'échantillon, c'est-à-dire que ces participants ne présentaient plus un seuil clinique de symptômes. En considérant les résultats de l'entrevue diagnostique et les comportements observés par la mère, Mathieu obtenait encore un seuil clinique pour le TAS. De ce fait, le diagnostic de DI peut avoir eu un impact sur l'effet du programme sur les symptômes anxieux, d'autant plus que très peu d'études ont porté sur le traitement de l'anxiété chez cette population.

Forces

Ce projet de recherche a présenté des forces autant sur le plan méthodologique que sur le plan clinique. Tout d'abord, une des forces était le format du programme permettant d'offrir

de la rétroaction fréquente et un suivi de près avec le parent. Les retours sur le calepin d'observations quotidiennes et sur les exercices à faire durant la semaine favorisaient un moment où l'intervenant pouvait offrir du soutien direct au parent dans la mise en application du programme. Sur le plan méthodologique, le calepin d'observations quotidiennes permettait d'avoir des données fréquentes sur plusieurs comportements en même temps et il prenait peu de temps à remplir. Les données recueillies par la mère étaient nombreuses et elles ont permis de dresser un portrait plus clair des fluctuations dans l'intensité et la fréquence des symptômes chez Mathieu durant plusieurs semaines. Malgré des échelles subjectives (p. ex. : niveau d'interférence), le même observateur a noté tous les comportements tout au long du projet de recherche. Par conséquent, les analyses de changements ont pu être effectuées sur des données provenant d'un même point de comparaison, c'est-à-dire la mère.

Une autre force du projet était que les comportements ciblés par la hiérarchie d'exposition, qui représente un élément central dans la TCC et dans l'intervention en anxiété, ont subi des changements positifs, soit une diminution dans la fréquence et le niveau d'interférence. Alors, l'exposition semble avoir eu un impact positif et favorable sur les manifestations anxieuses de Mathieu, malgré sa DI et la mise en place des interventions par la mère. Finalement, l'implication du parent dans le programme représentait une force puisqu'il pouvait mettre en place les interventions auprès de l'enfant tous les jours, ce qu'une personne extérieure à la famille n'aurait pu parvenir à accomplir. De surcroît, un parent qui se sent impliqué auprès de son enfant et qui accepte de faire un programme d'intervention présente déjà une volonté importante d'adopter des changements dans ses interventions. C'est pourquoi l'implantation de la composante relationnelle est plus facile et réaliste au quotidien. Comme le

parent est en présence de l'enfant tous les jours, il est plus facile pour ce dernier de surveiller l'évolution des comportements et de mettre en place les exercices d'exposition.

Limites

L'une des limites importantes de l'étude sur le plan méthodologique est le devis quasi expérimental de type AB ainsi que le nombre de participants qui s'élevait à une seule famille. D'une part, le devis utilisé ne permettait pas de conclure à l'efficacité du programme en raison de l'influence importante d'autres facteurs sur les fluctuations comportementales et l'absence de causalité. D'autre part, les résultats étaient difficilement généralisables étant donné l'échantillon d'un participant ce qui représentait une limite importante du projet de recherche.

Dans un même ordre d'idées, les instruments de mesure sélectionnés ont posé problème lors de la passation ce qui représente une limite méthodologique de l'étude. Lors de l'administration du SCARED et de *l'Échelle d'anxiété de Spence*, la mère et l'enseignante ont nommé éprouver des difficultés à répondre à certaines questions étant donné que Mathieu donne peu accès à ses pensées et à ses émotions. Par exemple, les questions portant sur les symptômes psychosomatiques, les pensées envahissantes et les peurs étaient souvent répondues approximativement ou par déduction par les répondantes. Considérant cet aspect, leurs réponses étaient subjectives, ce qui peut avoir réduit la véracité des résultats obtenus. Le même phénomène s'est produit lors de l'entrevue de l'ADIS-P avec la psychologue. En effet, une limite inhérente à la population cible est que l'accès aux pensées et aux sentiments est parfois problématique étant donné les déficits sur le plan langagier et cognitif.

Également, le biais de désirabilité sociale a pu jouer un rôle étant donné que l'intervenante était présente lors de la passation des questionnaires. Ce biais a pu aussi avoir un

effet lors des commentaires sur le programme et lors des retours à chaque semaine sur le déroulement des exercices (devoirs). Il est possible que la mère, pour plaire à l'intervenante, ait amplifié son implication ou ait noté davantage les aspects positifs que ceux négatifs. Il s'agit d'une limite de l'étude puisque la donnée principale du devis était le calepin d'observations quotidiennes rempli par la mère.

Tel qu'énoncé, la participation du parent comme premier intervenant auprès de l'enfant apporte plusieurs avantages, mais représente également certaines limites pour l'implantation du programme. En effet, le parent n'est pas un intervenant formé dans le domaine de l'anxiété, ce qui peut entraîner des erreurs lors des procédures d'intervention. De plus, l'implantation dépendait presque entièrement du parent et de sa bonne volonté à effectuer adéquatement les exercices nécessaires au bon fonctionnement du programme. En outre, la routine au quotidien avec un enfant qui présente une DI peut être difficile et l'intégration des exercices représente un effort supplémentaire pour le parent qui intervient.

Par ailleurs, une autre limite au projet a été l'absence du père lors des rencontres du programme. En ne prenant pas connaissance des interventions et des attitudes à favoriser auprès de son fils, il était difficile pour le père de respecter les éléments clés du programme. À vrai dire, seulement la mère possédait les notions nécessaires, ce qui peut avoir nui à l'efficacité du programme en raison d'un manque de constance et de cohérence dans les interventions offertes par les deux parents.

Une dernière limite quant au projet de recherche était que la durée du programme limitait la mise en place à une seule hiérarchie d'exposition. Seul un comportement cible a été travaillé plus en profondeur pour tenter de diminuer les manifestations anxieuses, ce qui ne permet pas de mesurer l'efficacité réelle du programme pour d'autres comportements. En raison du rythme

de l'enfant dans la réalisation de chaque étape, ce dernier n'a pas pu terminer sa hiérarchie d'exposition avant la fin du programme, ce qui n'a pas permis de juger avec précision de l'efficacité de cette dernière dans la réduction des symptômes anxieux.

Recherches futures

Ce projet de recherche a permis d'observer une amélioration dans l'expression des symptômes anxieux pour certaines situations de séparation chez un garçon de 8 ans suite à l'implantation d'un programme d'entraînement parental. En raison du devis de recherche quasi expérimentale de type AB, il n'a pas été possible de conclure à l'efficacité réelle du programme. D'autres recherches devraient être effectuées avec un plus grand nombre de participants et avec un devis expérimental permettant de statuer sur une causalité. Il serait pertinent d'implanter à nouveau le PEP-AS auprès de plusieurs familles en s'assurant que les deux parents participent activement au projet afin de voir si leur implication combinée apporte des résultats supérieurs à la participation unique de la mère.

Afin d'améliorer les interventions liées aux symptômes anxieux, il faudrait que le lien entre les comportements problématiques et l'anxiété auprès de la population présentant une DI soit davantage exploré. Un moyen pour y parvenir serait de faire passer un questionnaire sur les comportements problématiques avant et après l'implantation du programme d'intervention afin de voir si un changement apparaît parallèlement avec les symptômes anxieux. De cette manière, les programmes d'interventions existants pourraient être adaptés pour répondre au besoin de cette population, puisqu'actuellement, les interventions sur l'anxiété s'inspirent uniquement des programmes pour les personnes neurotypiques. En outre, les outils d'évaluations tels que les questionnaires et les entrevues utilisées dans le cadre de ce projet n'étaient pas optimisés pour

la population avec une DI en raison des difficultés sur le plan cognitif. Ce volet est souvent difficilement accessible pour les intervenants et les parents, ce qui rend l'évaluation moins rigoureuse lorsqu'elle est effectuée auprès d'observateurs externes. Une autre avenue pour les recherches futures dans ce domaine serait de faire une étude avec un programme ayant une durée plus longue afin de permettre de mettre en place plus d'une hiérarchie d'exposition et donc de travailler directement sur plusieurs symptômes anxieux envahissants.

Portée clinique du projet de recherche

Le choix d'effectuer un projet concernant l'évaluation de l'efficacité d'un programme d'intervention était susceptible d'avoir plusieurs portées cliniques. L'une d'entre elles est liée à l'utilisation ultérieure du PEP-AS. Le programme a été conçu de manière à ce que son implantation soit facile auprès des familles. Le manuel créé par la doctorante Sandra Mayer-Brien (2011) est complet et comprend tout le matériel nécessaire ce qui facilitera certainement l'utilisation du programme par les intervenants de divers organismes sociaux. Ce projet s'inscrit dans une démarche psychoéducative en raison de son volet clinique important. En choisissant d'effectuer une recherche appliquée, le but était de combiner la recherche avec son application sur le terrain. La psychoéducation est une profession avant tout clinique, mais qui se fonde sur la recherche, ce qui fait de cette profession une discipline rigoureuse et pertinente dans le monde de la relation d'aide. Une autre portée clinique de ce projet est la confiance que le parent peut développer à travers les semaines en lien avec ses capacités d'intervenir auprès de son enfant et d'observer des résultats. Les encouragements et les retours fréquents sur le déroulement des interventions, permettent de cibler les bons coups et d'offrir une rétroaction pertinente. En lien

avec le support offert, la mère a nommé se sentir suffisamment compétente et outillée pour expliquer et enseigner les divers concepts à son mari.

De surcroît, le fait que le programme consiste en un entraînement parental peut favoriser un meilleur maintien des acquis et une généralisation plus importante suivant l'implantation. À la fin du programme, les parents disposent de l'ensemble des connaissances concernant les concepts abordés. Ils possèdent même du matériel aide-mémoire concernant les interventions à mettre en place pour favoriser une diminution de l'anxiété chez leur enfant. Lorsque l'intervenant termine ses rencontres, le parent n'est pas démuni et possède les outils nécessaires à la poursuite des interventions. Le PEP-AS est construit de manière à ce qu'un intervenant suffisamment formé dans les domaines de l'intervention en anxiété et de la DI puisse le mettre en place auprès des familles. Ainsi, ce programme d'intervention pourrait facilement être repris en CLSC dans le programme DI-TSA-DP par des psychoéducateurs qui souhaiteraient faire des sous-groupes ou des suivis à domicile auprès des familles vivant avec cette problématique.

Le volet plus théorique du programme, c'est-à-dire l'explication du contenu de la rencontre et la justification des interventions à mettre en place, est intéressant et agit à titre de formation pour le parent. Plusieurs séances du programme pourraient avoir un impact positif sur les pratiques parentales, par exemple en lien avec les attitudes à adopter envers l'enfant, la gestion des contingences, les renforcements, etc. Sachant que ces notions sont à la base des interventions comportementales dans le domaine de la DI et du TSA, les acquis effectués par le parent pourront être réutilisés pour d'autres types d'interventions.

Une autre portée clinique à ce projet est de sensibiliser le monde de la recherche et de l'intervention à l'anxiété chez cette population. La mère a mentionné que l'anxiété de séparation

de son fils était très envahissante, mais qu'il s'agissait de la première fois qu'une intervenante tentait d'offrir du soutien sur cet aspect. Les manifestations de symptômes anxieux au sein de la population ayant une DI ne sont pas rares, cependant il n'existe pas d'intervention spécifiquement conçue pour répondre à ce besoin. Autrement dit, une portée clinique très simple de ce projet a été d'élargir le pan de la recherche auprès de la population ayant une DI et présentant des symptômes anxieux.

Conclusion

L'objectif de recherche de ce projet était d'évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention auprès des parents d'un enfant ayant une DI ainsi qu'un trouble d'anxiété de séparation. Il n'a pas été possible de conclure à l'efficacité globale du programme pour réduire les symptômes anxieux, mais des résultats positifs ont été observés dans trois contextes de séparation. Ces résultats illustrent la pertinence d'effectuer d'autres études sur des programmes d'entraînement parental pour les enfants présentant une DI et des symptômes anxieux. Les besoins d'interventions adaptées pour cette population sont réels et peu d'études sont réalisées sur le sujet, ne permettant pas d'offrir un service spécifiquement pour l'anxiété. Finalement, pour favoriser l'implantation de programmes, il faudrait étudier davantage les manifestations anxieuses des enfants ayant une DI et leur relation avec les comportements problématiques qui sont grandement présents chez cette population. Pour terminer, les parents représentent une ressource incroyable pour ces enfants et ils devraient être davantage impliqués afin d'offrir un soutien au quotidien que les intervenants du réseau de la santé et services sociaux ne peuvent offrir.

Références

- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC. : Author.
- Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342. doi : 10.1037/0022-006X.64.2.333
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical psychology review*, 26(7), 834-856. doi: 10.1016/j.cpr.2005.08.001
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behavior therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., Field, A. P., Rust, S., Laskey, B., Dixon, C., ... & Symes, W. (2011). A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 242-251. doi: 10.1016/j.jaac.2010.12.015

- Chalfant, A. M., Rapee, R., & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: a controlled trial. *Journal of Autism and Developmental disorder*, 37(10), 1842-1857. doi:10.1007/s10803-006-0318-4
- Davis, T. E., 3rd, Kurtz, P. F., Gardner, A. W., & Carman, N. B. (2007). Cognitive-behavioral treatment for specific phobias with a child demonstrating severe problem behavior and developmental delays. *Research in Developmental Disabilities*, 28(6), 546-558. doi:10.1016/j.ridd.2006.07.003
- Diallo, F. B., Fombonne, É., Kisely, S., Rochette, L., Vasiliadis, H. M., Vanasse, A., ... & Lesage, A. (2017). Prevalence and Correlates of Autism Spectrum Disorders in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1-9. doi: 10.1177/0706743717737031
- Ehrenreich, J. T., Santucci, L. C., & Weiner, C. L. (2008). Separation anxiety disorder in youth: phenomenology, assessment, and treatment. *Psicol Conductual*, 16(3), 389-412. doi:10.1901/jaba.2008.16-389
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(2), 137-143. doi:10.1080/13668250.2011.572548
- Eisen, A. R., Raleigh, H., & Neuhoff, C. C. (2008). The unique impact of parent training for separation anxiety disorder in children. *Behavior Therapy*, 39(2), 195-206. doi:10.1016/j.beth.2007.07.004
- Eisen, A. R., & Schaefer, C. E. (2005). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.

- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58. doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x
- Feigon, S. A., Waldman, I. D., Levy, F., & Hay, D. A. (2001). Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior genetics*, 31(5), 403-411. doi: 10.1023/A :1 012 738 304 233
- Fisher, W. W., Groff, R. A., & Roane, H. S. (2011). Applied Behavior Analysis: History, philosophie, principles, and basic methods. Dans W. W. Fisher, C. C. Piazza et H. S. Roane (dir.), *Handbook of applied behavior analysis*. New-York : Guilford Press.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 387-406. doi:10.1901/jaba.2003.36-387
- Fletcher, H. K. (2016). Attachment relationships between parents and their children: the impact of ‘‘ the loss of the healthy child ‘’. Dans H. K., Fletcher, A., Flood et D. J., Hare (dir.). *Attachment in intellectual and developmental disability: a clinician’s guide to practice and research*. Oxford : Wiley-Blackwell.
- Forget, J., Schuessler, K., Paquet, A., & Giroux, N. (2005). Analyse appliquée du comportement et intervention comportementale intensive. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 29-42.
- Green, S. A., Berkovits, L. D., & Baker, B. L. (2015). Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 137-144. doi:10.1080/15374416.2013.873979

- Hagopian, L. P., & Jennett, H. K. (2008). Behavioral assessment and treatment of anxiety in individuals with intellectual disabilities and autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 20*(5), 467-483. doi:10.1007/s10882-008-9114-8
- Helverschou, S. B., & Martinsen, H. (2011). Anxiety in people diagnosed with autism and intellectual disability: Recognition and phenomenology. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*, 377-387. doi: 10.1016/j.rasd.2010.05.003
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings* (second edition). New York: Oxford University Press.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 100-110. doi: 10.1037/0022-006X.62.1.100
- Kendall, P. C., Chu, B. C., Pimentel, S. S., & Choudhury, M. (2000). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child & Adolescent Therapy: Cognitive–Behavioral Procedures* (pp. 235-287). New York : Guilford Press.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 282-297. doi:10.1037/0022-006X.76.2.282
- Lang, R., Regeister, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K., & Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation, 13*(1), 53-63. doi:10.3109/17518420903236288

- Lanovaz, M. J. (2013). L'utilisation de devis expérimentaux à cas unique en psychoéducation. *Revue de Psychoéducation*, 42(1), 161-183.
- Lanovaz, M. J., Huxley, S. C., & Dufour, M-M. (2017). Using the dual-criteria methods to supplement visual inspection: an analysis of nonstimulated data. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 50(3), 662-667. doi: 10.1002/jaba.394
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., . . . & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental disorder*, 36(7), 849-861. doi:10.1007/s10803-006-0123-0
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9. doi: 10.1037/0022-006X.55.1.3
- MacNeil, B. M., Lopes, V. A., & Minnes, P. M. (2009). Anxiety in children and adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 1-21. doi: 10.1016/j.rasd.2008.06.001
- Martin, A., & Gosselin, P. (2012). Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 70-76. doi:10.1037/a0023103
- Matson, J. L., Kozlowski, A. M., Worley, J. A., Shoemaker, M. E., Sipes, M., & Horovitz, M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in

- persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? *Research in Developmental Disabilities*, 32, 693-698. doi: 10.1016/j.ridd.2010.11.012
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107-1114. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.003
- Matson, J. L., Turygin, N. C., Beighley, J., Rieske, R., Tureck, K., & Matson, M. L. (2012). Applied behavior analysis in autism spectrum disorders: Recent developments, strengths, and pitfalls. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 144-150. doi: 10.1016/j.rasd.2011.03.014
- Mayer-Brien (2011). *Manuel de traitement du PEP-AS : Programme d'entraînement parental pour les parents d'enfants souffrant d'anxiété de séparation*. Document inédit. Université de Montréal, Montréal.
- Mayer-Brien, S. (2014). *Évaluation de l'efficacité d'un programme d'entraînement parental pour les parents d'enfants souffrant d'anxiété de séparation* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12366>
- Mayer-Brien, S., Turgeon, L., & Lanovaz, M. J. (2017). Effects of a parent training programme for the treatment of young children with separation anxiety disorder. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10, 1-24. doi: 10.1017/S1754470X17000198
- McNally Keehn, R. H., Lincoln, A. J., Brown, M. Z., & Chavira, D. A. (2013). The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized

controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 57-67. doi: 10.1007/s10803-012-1541-9

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2016). *Bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle et actions structurantes pour le programme-services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-824-05W.pdf>

Mofrad, S., Abdullah, R., & Samah, B. A. (2009). Perceived parental overprotection and separation anxiety: Does specific parental rearing serve as specific risk factor. *Asian Social Science*, 5(11), 109-116.

Moskowitz, L. J., Mulder, E., Walsh, C. E., McLaughlin, D. M., Zarcone, J. R., Proudfit, G. H., & Carr, E. G. (2013). A multimethod assessment of anxiety and problem behavior in children with autism spectrum disorders and intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 118(6), 419-434. doi: 10.1352/1944.7558.118.6.419

Moskowitz, L. J., Walsh, C. E., Mulder, E., McLaughlin, D. M., Hajcak, G., Carr, E. G., & Zarcone, J. R. (2017). Intervention for Anxiety and Problem Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(12), 3930-3948. doi: 10.1007/s10803-017-3070-z

Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 813-839. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00200-6

- Ollendick, T. H. & King, N. J. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child & Adolescent Therapy: Cognitive–Behavioral Procedures* (pp. 235-287). New York : Guilford Press.
- Pincus, D. B., Santucci, L. C., Ehrenreich, J. T., & Eyberg, S. M. (2008). The Implementation of Modified Parent-Child Interaction Therapy for Youth with Separation Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 118-125. doi: 10.1016/j.cbpra.2007.08.002
- Pruijssers A. C., van Meijel, B., Maaskant, M., Nijssen, W., & van Achterberg, T. (2014). The relationship between challenging behaviour and anxiety in adults with intellectual disabilities: a literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(2), 162-171. doi: 10.1111/jir.12012
- Raleigh, H., Brien, L. K., & Eisen, A. R. (2002). *Parent training treatment manual for separation anxious children*. Manuscript non publié, Fairleigh Dickinson University, Teaneck, NJ.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Rapp, J. T., Vollmer, T. R., & Hovanetz, A. N. (2005). Evaluation and treatment of swimming pool avoidance exhibited by an adolescent girl with autism. *Behavior Therapy*, 36(1), 101-105. doi: 005-7894/05/0101-0105\$1.00/

- Reardon, T. C., Gray, K. M., & Melvin, G. A. (2014). Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: Prevalence and assessment. *Research in Developmental Disabilities, 36*, 175-190. doi: 10.1016/j.ridd.2014.10.007
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 251-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Senécal, P., Paquet, A., & Rivard, M. (2011). Évaluation et traitement de l'anxiété chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 21*(3), 103-108. doi : 10.1016/j.jtcc.2011.07.006
- Shackleton, A. (2016). Have a heart: Helping services to provide emotionally aware support. Dans H. K., Fletcher, A., Flood et D. J., Hare (dir.). *Attachment in intellectual and developmental disability: A clinician's guide to practice and research*. Oxford : Wiley-Blackwell.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 995-103. doi: 10.1037/0022-006X.67.6.995
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-Retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(8), 937-944. doi: 10.1097/00004583-200108000-00016

- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929. doi: 10.1097/CHI.0b013e318179964f
- Tassé, M. J., Garcin, N., Sabourin, G., & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 62-69. doi : 10.1037/a0016249
- Turgeon, L., Mayer-Brien, S., & Brousseau, L. (2012). Intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfants présentant un trouble d'anxiété de séparation. In L. Turgeon & S. Parent (Eds), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et adolescents, Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 61-86). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tsai, L. Y. (2006). Diagnosis and treatment of anxiety disorders in individuals with autism spectrum disorder. In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden, & L. P. Lipsitt (dir.), *Stress and Coping in Autism* (pp. 388-440). New York : Oxford University Press.
- van Steensel, F. J., Bogels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302-317. doi: 10.1007/s10567-011-0097-0
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. In M. W. Vasey, & M. R. Dadds (dir.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (pp. 3-26). New York : Oxford University Press.

- Virues-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 387-399. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.008
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review, 29*(3), 216-229. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.003
- Whiteside, S. P., & Brown, A. M. (2008). Exploring the utility of the Spence Children's Anxiety Scales parent-and child-report forms in a North American sample. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1440-1446. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.02.006
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(3), 224-234. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(3), 314-321. doi: 10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0
- Wright, K. P. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety in a man with Autism Spectrum Disorder, Intellectual Disability, and social phobia. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 7*(5), 284-292. doi: 10.1108/amhid-06-2013-0040

Annexe I

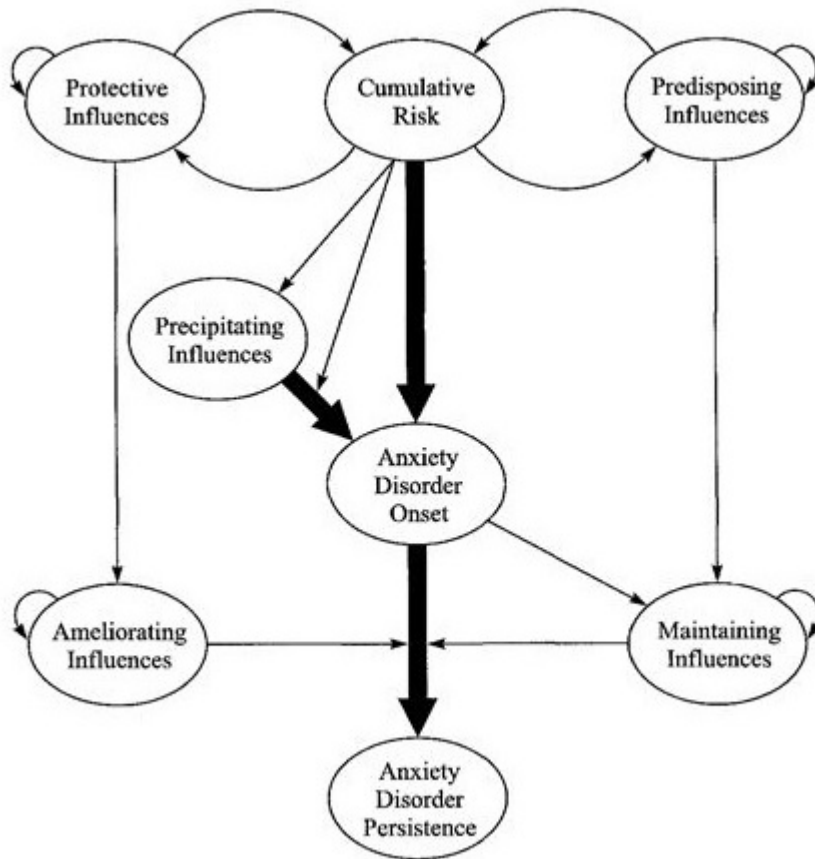


Figure 9. *Modèle transactionnel de Vasey et Dadds, 2001.*

Annexe II

Tableau 5. *Calepin d'observations quotidiennes de l'anxiété.*

Jours																		
Comportements d'anxiété de séparation	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)
Anxiété de séparation liée à l'école																		
A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent																		
Veut attendre dans l'auto le matin																		
Anxiété de séparation liée au coucher																		
A dormi dans la chambre des parents																		
A réveillé ses parents dans la nuit																		
Anxiété de séparation liée au jeu et autres activités																		
A refusé de jouer sans la proximité du parent																		

Anxiété de séparation liée à l'endroit où se trouve le(s) parent(s)																		
A demandé son parent de manière incessante durant la journée																		
A refusé d'être seul(e) ou sans les parents																		
Anxiété de séparation liée au jeu seul																		
A refusé d'aller jouer seul à un jeu																		
A sollicité la présence du parent durant le jeu																		
A refusé d'aller à la toilette seul																		

Adaptation et traduction libre de l'outil développé par Molly L. Choate, MA et Donna B. Pincus, Ph. D. du Boston University Center of Anxiety and Related Disorders et reproduit dans Eisen, A. R. & Schaeffer, C. E., 2005.
 Copyright 2001 par Molly L. Choate et Donna B. Pincus.

- ATTENTION –

- * Ne pas remplir lorsqu'aucune situation de séparation ne survient.
- ** Ne pas remplir le calepin si vous ne vous souvenez pas des comportements d'anxiété de votre enfant lors d'une journée. Veuillez faire un X sur la journée en question.